

Ordonnance

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	
Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 80 mg / 0.8 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 80 mg / 0.8 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg / 0.4 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg / 0.4 ml seringues préremplies (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg / 0.4 ml seringues préremplies (6 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg / 0.4 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg / 0.4 ml stylos préremplis (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg / 0.4 ml stylos préremplis (6 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 20 mg / 0.2 ml seringue préremplie (1 pce) <i>pour l'utilisation chez les enfants et les adolescents</i>	_____ Nombre d'emballages

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois Renouvelable ____ fois

Garantie de prise en charge Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin souhaite que la formation sur l'injection et l'accompagnement thérapeutique soient réalisés par un infirmier spécialisé de MediService Oui Non

Adresse de livraison

<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature