Ordonnance

MediService by Redcare

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: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☐ **Dupixent®** (dupilumab) ser pré sol inj 300mg/2ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Dupixent®** (dupilumab) stylo pré-remp 300mg/2ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Dupixent®** (dupilumab) ser pré sol inj 200mg/1.14ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Dupixent®** (dupilumab) stylo pré-remp 200mg/1.14ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ Soft Zellin tampons alcool 60 x 30mm (100 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois
Indication	☐ Dermatite atopique ☐ Asthme ☐ Polypose naso-sinusienne ☐ Autre_____
Garantie de prise en charge	☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie) ☐ Pour les indications dermatite atopique, asthme ou polypose naso-sinusienne: Garantie de prise en charge à demander par MediService. Vous recevrez le formulaire de remboursement des coûts adapté, que vous devrez ensuite rem-plir et nous retourner. (MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies)
Service Home Care	Le médecin souhaite une instruction Dupixent et pour la suite, l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService: ☐ Oui ☐ Non

Adresse de livraison

☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ 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

02408
© MediService AG / Version: 17ANDPHC01DFI_h