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:

☐ **HyQvia®** sol perf 2.5 g / 25 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 5 g / 50 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 10 g / 100 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 20 g / 200 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 30 g / 300 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Accessoires	☐ Pompe à perfusion pour l'administration sous-cutanée contrôlée d'immunoglobulines. ☐ Le matériel suivant fait partie de la thérapie par perfusion: Réservoir de médicament, kit de perfusion, désinfectant, tampons, pansement, collecteur d'aiguilles usagées, aide au prélèvement, étui de protection
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) ☐ Le médecin souhaite recevoir un formulaire de demande à soumettre à la caisse maladie

Service Home Care (incl. l'utilisation de la pompe)	☐ Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService, y compris l'instruction du patient à la thérapie par perfusion indépendante
Lieu souhaité pour la formation	☐ Clinique ou cabinet médical ☐ Domicile du patient
Début souhaité de la thérapie	_____ numéro de la semaine
Date dernière dose i.v. (si déjà utilisé): _____	**Taille:** _____ cm **Poids:** _____ kg

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.

Signature du médecin

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

Date, Timbre / Signature

02469

© MediService AG / Version: 22MSE0045DF_c