

# 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"/> <b>Tracleer®</b> comprimés disp 32 mg (56 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tracleer®</b> comprimés pelliculés 62.5 mg blister (56 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tracleer®</b> comprimés pelliculés 125 mg blister (56 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tracleer®</b> comprimés pelliculés 62.5 mg flacon (56 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tracleer®</b> comprimés pelliculés 125 mg flacon (56 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_ fois

**Garantie de prise en charge**  Pour les Tracleer® comprimés disp 32 mg, merci de nous transmettre la garantie de prise en charge  
 Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire

**Service Home Care** Le médecin souhaite 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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date, Timbre / Signature