Ordonnance / Inscription pour l'injection à domicile

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:

☐ **Givlaari®** sol inj 189 mg/ml ampoule 1 ml (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ Accessoires d'injection: seringue y compris canule 26G, aiguille 18G, tampons d'alcool, compresses, récipient de déchets

Posologie: _____ mg **Poids corporel:** _____ kg

La dose recommandée de Givlaari® est de 2.5 mg par kg une fois par mois, administré par injection sous-cutanée. La posologie est calculée d'après le poids corporel réel du patient.
Pour des informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.

Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ 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 qu'un infirmier MediService effectue l'injection à domicile: ☐ Oui ☐ Non Les injections à domicile sont possibles à partir de la deuxième année de thérapie.

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

02355

© MediService AG / Version: 20REZBUS002DF_d