

| | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> Hemlibra® sol inj 12 mg/0.4 ml s.c. flacon (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 30 mg/ml s.c. flacon (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 60 mg/0.4 ml s.c. flacon (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 105 mg/0.7 ml s.c. flacon (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 150 mg/ml s.c. flacon (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 300 mg/2 ml s.c. flacon (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Kit d'injection Convenience Kit (1 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Tampons alcoolisées (100 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Tampons de cellulose (70 x 2 pce) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Pansement pour injection (100 pce) | _____ Nombre d'emballages |

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin ne souhaite **pas** d'accompagnement thérapeutique de la part de l'équipe MediService.
 L'accompagnement thérapeutique inclut notamment la formation personnelle à l'auto-injection par un infirmier spécialisée de MediService.

Adresse de livraison Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre Pharmacie d'hôpital ci-contre

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