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:

☐ **Oxlumo®** (Lumasiran) sol inj 94.5 mg/0.5 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 d'Oxlumo® consiste en 3 doses d'attaque administrées une fois par mois suivies de doses d'entretien, commençant un mois après la dernière dose d'attaque. La posologie est calculée d'après le poids corporel.
Pour des informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.

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 souhaite qu'un infirmier MediService effectue l'injection à domicile: ☐ Oui ☐ Non
Les injections à domicile sont possibles à partir de la 1ère dose d'entretien.

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, accompagnement thérapeutique 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

02416

© MediService AG / Version: 21MSE0013DF_c