

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:

Adcirca® (Tadalafil) 20 mg comprimés pelliculés (56 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance: Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois
 Renouvelable ____ fois

Indication Hypertension pulmonaire (selon l'information professionnelle)

Garantie de prise en charge

Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

A demander par MediService. MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies.

La première pose de l'indication était effectuée par un centre tertiaire pour l'hypertension pulmonaire ou par des spécialistes qualifiés en pneumologie et cardiologie

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 docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / 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