

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	
	Nombres d'emb.		Nombres d'emb.
<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 0.5 mg (42 pce)		<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 2 mg (42 pce)	
<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 1 mg (42 pce)		<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 2 mg (84 pce)	
<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 1.5 mg (42 pce)		<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 2.5 mg (42 pce)	
<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 1.5 mg (84 pce)		<input type="checkbox"/> Adempas® comp. 2.5 mg (84 pce)	

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge:

- Indication hypertension artérielle pulmonaire selon information professionnelle: *sans garantie de prise en charge*
- Indication HTP-TEC non opérable HTP-TEC post – opératoire
- Prise en charge déjà demandée (*s.v.p. envoyer une copie*)
- À demander par MediService (Merci de remplir ci-dessous). MediService se charge d'établir la demande de garantie de prise en charge et de l'envoyer à la caisse-maladie.
 - Diagnostic posé par le médecin prescripteur
 - Diagnostic posé par le médecin spécialiste de pneumologie / cardiologie
 suivant (Nom / lieu du médecin): _____
- Autre Indication à l'extérieur de la limitation: *Prise en charge déjà demandée (s.v.p. envoyer une copie)*

Home Care Service Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par une infirmière HTP 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 docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / 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 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