MediService by Redcare

Ordonnance

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

	Nombres d'emb.		**Nombres d'emb.**
☐ **Adempas®** comp. 0.5 mg (42 pce)		☐ **Adempas®** comp. 2 mg (42 pce)	
☐ **Adempas®** comp. 1 mg (42 pce)		☐ **Adempas®** comp. 2 mg (84 pce)	
☐ **Adempas®** comp. 1.5 mg (42 pce)		☐ **Adempas®** comp. 2.5 mg (42 pce)	
☐ **Adempas®** comp. 1.5 mg (84 pce)		☐ **Adempas®** comp. 2.5 mg (84 pce)	

Posologie _____

Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ☐ Renouvelable _____ fois
Garantie de prise en charge:	☐ Indication hypertension artérielle pulmonaire selon information professionnelle: *garantie de prise en charge pas nécessaire* Indication ☐ HTP-TEC non opérable ou ☐ HTP-TEC post-opératoire ☐ 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 de la caisse-maladie.* ☐ L'indication a été posée par le médecin prescripteur ☐ L'indication a été posée par le médecin spécialiste de pneumologie / cardiologie suivant (Nom / lieu du médecin): _____ ☐ Autre indication en dehors de la limitation: Prise en charge déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)
Home Care Service	Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un Nurse PH de MediService: ☐ Oui ☐ Non

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

02463

© MediService AG / Version: 15ANDPHC07DF_d