

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:

Ajovy®

seringue préremplie sol inj 225 mg/1.5ml (1 pce) _____ nombre d'emballages

seringue préremplie sol inj 225 mg/1.5ml (3 pces) _____ nombre d'emballages

stylo prérempli sol inj 225 mg/1.5ml (1 pce) _____ nombre d'emballages

Copaxone®

seringue préremplie sol inj 20 mg/ml (28 pces) _____ nombre d'emballages

seringue préremplie sol inj 40 mg/ml (12 pces) _____ nombre d'emballages

stylo prérempli sol inj 40 mg/ml (12 pces) _____ nombre d'emballages

Fingolimod Mepha®

Gélules 0.5 mg (28 pces) _____ nombre d'emballages

Gélules 0.5 mg (84 pces) _____ nombre d'emballages

Posologie _____

Validité de l'ordonnance

Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois

Renouvelable ____ fois

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

Accompagnement thérapeutique Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par MediService Home Care

Surveillance première dose Fingolimod Mepha® Le médecin souhaite la surveillance de la première dose par MediService Home Care

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: _____

<p>Important:</p> <p>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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p> <p>_____</p>
	<p>Date, Timbre / Signature</p>