

# Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

**032 686 20 30**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 032 686 20 20

E-mail: contact@mediservice.ch

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. 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:

02380

## Amgevita® (Adalimumab)

- |   |       |                       |
|---|-------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Amgevita stylo prérempli 40mg/0.8ml (1 pce.)     | _____ | quantité d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Amgevita stylo prérempli 40mg/0.8ml (2 pce.)     | _____ | quantité d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Amgevita seringue préremplie 40mg/0.8mg (1 pce.) | _____ | quantité d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Amgevita seringue préremplie 40mg/0.8mg (2 pce.) | _____ | quantité d'emballages |

### Posologie

\_\_\_\_\_

### Validité de l'ordonnance

- Ponctuelle     Renouvelable \_\_\_\_\_ mois     Renouvelable \_\_\_\_\_ répétitions

### Garantie de prise en charge

- Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

### Accompagnement thérapeutique

- Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par MediService Home Care Team

### Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus  
 Adresse du médecin ci-dessus  
 Adresse de livraison (CH) ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: \_\_\_\_\_

### Signature du médecin

**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.

Date

Timbre / Signature