

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

<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 1 g / 6 ml flacon 10 pce	_____	Nombre d'emballages + set d'application*
<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 2 g / 12 ml flacon <input type="checkbox"/> 1 pce <input type="checkbox"/> 10 pce	_____	Nombre d'emballages + set d'application*
<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 4 g / 24 ml flacon 10 pce	_____	Nombre d'emballages + set d'application*
<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 8 g / 48 ml flacon 10 pce	_____	Nombre d'emballages + set d'application*

*Selon accord avec le patient, le set d'application est dispensé séparément et contient p. ex: seringues Crono, adaptateur pour flacon, set de perfusion Neria, distributeur de tampons (150 tampons), désinfectant, emplâtre, container à seringues usagées.

Posologie _____

Micro pompe dos. S-PiD 20ml 50 ml (≤ 45ml / sem.) 100 ml (> 45ml / sem.)

Rapid Push application Pas besoin de Micro pompe doseuse ; Application via Rapid Push

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

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

Accompagnement thérapeutique (incl. l'utilisation de la pompe) Formation et suivi médical du patient pour sa thérapie par perfusion

Lieu souhaité pour la formation Clinique Domicile du patient

Début souhaité de la thérapie semaine _____

Date dernière dose i.v.: _____ **Taille:** _____ **cm** **Poids:** _____ **kg**

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: _____

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.

Signature du médecin

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Date, Timbre / Signature