Ordonnance

MEDI SERVICE
Votre pharmacie spécialisée

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:

☐ **Cuvitru®** solution injectable 1 g / 5 ml flacon	_____ **Nombre d'emballages***
☐ **Cuvitru®** solution injectable 2 g / 10 ml flacon	_____ **Nombre d'emballages***
☐ **Cuvitru®** solution injectable 4 g / 20 ml flacon	_____ **Nombre d'emballages***
☐ **Cuvitru®** solution injectable 8 g / 40 ml flacon	_____ **Nombre d'emballages***
☐ **Cuvitru®** solution injectable 10 g / 50 ml flacon	_____ **Nombre d'emballages***

*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.)
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 Cuvitru®
Lieu souhaité pour la formation	☐ Clinique ☐ Domicile du patient
Début souhaité de la thérapie	☐ _____ numéro de la 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 ☐ 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.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

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

02414

© MediService AG / Version: 21MSE0010DF_a