

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"/> Dupixent® (dupilumab) ser pré sol inj <b>300mg/2ml</b> (2 pces)	_____	<b>quantité d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Dupixent® (dupilumab) stylo pré-rempl <b>300mg/2ml</b> (2 pces)	_____	<b>quantité d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Dupixent® (dupilumab) ser pré sol inj <b>200mg/1.14ml</b> (2 pces)	_____	<b>quantité d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Dupixent® (dupilumab) stylo pré-rempl <b>200mg/1.14ml</b> (2 pces)	_____	<b>quantité d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Soft Zellin tampons alcool 60 x 30mm (100 pces)		

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ord. ponctuelle  Renouvelable \_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_ fois

**Indication**  Dermatite atopique  Asthme  Polypose naso-sinusienne  Autre

**Garantie de prise en charge**

Déjà demandée (*Merci d'envoyer une copie à MediService*)

Pour les indications dermatite atopique, asthme ou polypose naso-sinusienne: Garantie de prise en charge à demander par MediService. Vous recevrez le formulaire de remboursement des coûts adapté, que vous devrez ensuite remplir et nous retourner. (*MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies*)

**Accompagnement thérapeutique**  Le médecin souhaite une instruction Dupixent et pour la suite, l'accompagnement 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  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.

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

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date, Timbre / Signature