

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:

- Gammanorm® 2 g/ 12 ml** pour application s.c. 1 flacon _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application*
- Gammanorm® 1 g/ 6 ml** pour application s.c. 10 flacons _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application*
- Gammanorm® 2 g/ 12 ml** pour application s.c. 10 flacons _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application*
- Gammanorm® 4 g/ 24 ml** pour application s.c. 10 flacons _____ Quantité(s) emballage(s) + set d'application*
- Gammanorm® 8 g/ 48 ml** pour application s.c. 10 flacons _____ Quantité(s) emballage(s) + 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

Validité de l'ordonnance Une fois Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ fois

Micro pompe doseuse Micro pompe doseuse Crono S-PiD (20ml)
 Micro pompe doseuse Crono S-PiD (50ml)
 Micro pompe doseuse Crono S-PiD (100ml)

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

Conseil thérapeutique Formation et suivi médical du patient pour sa thérapie par perfusion Gammanorm®
 Formation du personnel médical à la thérapie par perfusion Gammanorm® (incl. l'utilisation de la pompe)

Garantie de prise en charge Déjà été demandée pour la Gammanorm®, pompe et les accessoires (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

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