

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: |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lenvima® (Lenvatiniv) caps 4mg 30 pces | _____ | quantité d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Lenvima® (Lenvatiniv) caps 10mg 30 pces | _____ | quantité d'emballages |
| Indication | Dans la LS : <input type="checkbox"/> Carcinome thyroïdien différencié (DTC) <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire (HCC) | |
| <input type="checkbox"/> Nexavar® (Sorafenib) cpr 200 mg 112 pces | _____ | quantité d'emballages |
| Indication | Dans la LS : <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire <input type="checkbox"/> Carcinome thyroïdien réfractaire à l'iode radioactif Hors de la LS : <input type="checkbox"/> Carcinome à cellules rénales <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Stivarga® (Regorafenib) cpr 40 mg 3 x 28 pces | _____ | quantité d'emballages |
| Indication | Dans la LS : <input type="checkbox"/> Cancer colorectal (CCR) métastatique <input type="checkbox"/> Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) <input type="checkbox"/> Carcinome hépatocellulaire (CHC) Hors de la LS : <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Posologie

Validité ordonnance Ord. ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Garantie de prise en Charge Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

Accompagnement Thérapeutique Je souhaite 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: _____

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