

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 20 30

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Téléphone: 032 686 20 20
E-mail: contact@mediservice.ch


Votre pharmacie spécialisée

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:

Nombre d'emballages	Nombre d'emballages	Nombre d'emballages
Cimzia	Inflectra	Simponi
sol. injection 200 mg/ml (2 pces)	subst sèche 100 mg (1 pce)	seringue prête 50 mg (1 pce)
AutoClicks 200 mg/ml (2 pces)	Remicade	pen sol injection 50 mg (1 pce)
Entyvio	subs sèche 100 mg (1 pce)	seringue prête 100 mg (1 pce)
subst sèche 300 mg (1 pce)	set d'inf sans filtre (1 pce à 21.05)	pen sol injection 100 mg (1 pce)
Humira	filtre – Set Codan (1 pce)	Stelara
ser prête à l'emploi 20 mg (2 pces)	filtre – Intrapur Lipid B.Braun (1 pce)	seringue prête 45 mg/0.5ml (1 pce)
ser prête à l'emploi 40 mg (1 pce)	filtre – Alaris Extension Set (1 pce)	seringue prête 90 mg/ml (1 pce)
inj pré-rempli / stylo 40 mg (1 pce)	Remsima	conc. perfusion 130 mg/26ml (1 pce)
ser prête à l'emploi 80 mg (1 pce)	subst sèche 100 mg (1 pce)	flacon sol inj 45 mg/ 0.5 ml (1 pce)
inj pré-rempli / stylo 80 mg (1 pce)		
flacon-ampoule 40 mg (2 pces)		

Dosage _____

Validité ordonnance Ord. ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Garantie de prise en charge  S'il vous plaît, pourriez-vous nous faire parvenir la garantie de prise en charge des coûts, si disponible

Home Care Service Le médecin souhaite le conseil 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