

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"/> HyQvia® sol perf 2.5 g / 25 ml double flacons	_____	Nombre d'emballages + set d'application *
<input type="checkbox"/> HyQvia® sol perf 5 g / 50 ml double flacons	_____	Nombre d'emballages + set d'application *
<input type="checkbox"/> HyQvia® sol perf 10 g / 100 ml double flacons	_____	Nombre d'emballages + set d'application *
<input type="checkbox"/> HyQvia® sol perf 20 g / 200 ml double flacons	_____	Nombre d'emballages + set d'application *
<input type="checkbox"/> HyQvia® sol perf 30 g / 300 ml double flacons	_____	Nombre d'emballages + set d'application *

*Selon accord avec le patient, le set d'application est dispensé séparément et contient par exemple: seringues Crono, adaptateur pour flacon, set de perfusion Neria, distributeur de tampons (150 tampons), désinfectant, emplâtre, container à seringues usagées.

Posologie _____

Crono pompe à microdosage S-PID 50 ml 100 ml

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) Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par le MediService Home Care Team, y compris l'instruction du patient à la thérapie par perfusion indépendante

Lieu souhaité pour la formation Clinique Domicile du patient

Début souhaité de la thérapie _____ numéro de la semaine

Date dernière dose i.v. (si déjà utilisé): _____ **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.

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

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature