

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"/> Kiovig® sol perf 2.5 g / 25 ml i.v.	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 5 g / 50 ml i.v.	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 10 g / 100 ml i.v.	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 20 g / 200 ml i.v.	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Kiovig® sol perf 30 g / 300 ml i.v.	_____	Nombre d'emballages

Posologie (g/kg poids corp.) _____ Dose totale (g) _____

Perfusion répartie sur 1 jour 2 jours 3 jours 4 jours 5 jours

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Garantie de prise en charge Prescription dans le cadre de la limitation de la liste des spécialités
 Prescription en dehors de la limitation de la liste des spécialités: merci de nous envoyer une copie de la garantie de prise en charge

Service Home Care Le médecin souhaite effectuer la perfusion par le MediService Home Care Team

Prescription pour solution de dilution / de rinçage (Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage)	Nombre d'emballages	Posologie

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: _____

<p>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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p>
	Date, Timbre / Signature