Ordonnance

MediService by Redcare

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: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

Médicament	**Nombre d'emballages**	**Dosage**
☐ **Prednison Streuli®** 50 mg comprimés (20 pcs)		
☐ **Xyzal®** 5 mg / ml gouttes (20 ml)		
☐ **EpiPen®** sol inj 0.3 mg auto injecteur (2 pcs)		
☐ **EpiPen® Junior** sol inj 0.15 mg auto injecteur (2 pcs)		
☐ **Solu-Cortef®** subst sèche 100 mg av solv 2 ml Act-O-Vial (1 pce)		
☐ **Tavegyl®** sol inj 2 mg/2ml i.m./i.v. 5 ampoules 2ml		
☐ NaCl 0.9% 250ml (1 pce)		
Autres médicaments		

Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois

Remarque _____

Home Care Ordonnance pour les médicaments d'urgence pour la thérapie par perfusion au domicile du patient

Adresse de livraison
☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Pharmacie d'hôpital
☐ Adresse de livraison (CH)

_____

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
Le médecin confirme par sa signature que 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 médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom 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.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

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

02460

© MediService AG / Version: 22MSE0025DF_c