

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:

Nucala[®] subst sèche 100 mg/ml (1 pce) _____ quantité d'emballages

Nucala[®] sol inj 100 mg/ml seringue préremplie (1 pce) _____ quantité d'emballages

Nucala[®] sol inj 100 mg/ml stylo prérempli (1 pce) _____ quantité d'emballages

Posologie

Validité de l'ordon. Ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Accompagnement Thérapeutique Je souhaite l'accompagnement thérapeutique par MediService Home Care Team dans le cadre du programme de soutien aux patients 'l'asthme et moi'

Garantie de prise en charge Déjà obtenue (*Merci d'envoyer une copie à MediService*)
 À demander par MediService (Merci de remplir ci-dessous). MediService s'occupe d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladies

Utilisation dosage élevé CSI / LABA : Médicament: _____ Posologie: _____

Au moins 6 mois sous traitement par corticoïdes systémiques lors de la dernière année

Médicament: _____ Posologie: _____

Nombre d'exacerbations cliniquement pertinentes au cours des 12 derniers mois _____

Lors des 12 derniers mois: Nbre d'éosinophiles _____ dans le sang (G/L) Date de la mesure: _____

Remarque: _____

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 doctresse 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 doctresse 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