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:

☐ **Ocrevus®** conc perfusion 300 mg/10 ml flacon (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ NaCl Sol Perf 0.9 % 100 ml flacon en plastique avec ustensiles (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ NaCl Sol Perf 0.9 % 250 ml flacon en plastique avec ustensiles (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ NaCl Sol Perf 0.9 % 500 ml flacon en plastique avec ustensiles (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ Accessoires de perfusion: set de perfusion Promedical, Sterifix filtre d'infusion 0.2 µm, tampons, pansements, récipient pour déchets	

Posologie	☐ Première dose les jours 1 et 15 (300 mg Ocrevus les jours 1 et 15) ☐ Dose suivante toutes les 24 semaines (2 x 300 mg Ocrevus)
Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ____ mois ☐ Renouvelable ____ fois
Service Home Care	Le médecin souhaite l'administration par un infirmier MediService: ☐ Oui ☐ Non

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s) (Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage)	**Nombre d'emballages**	**Validité**	**Posologie**
☐ Solu-Moderin subst sèche 125 mg c solv (1 pce)			
☐ Tavegyl sol inj 2 mg / 2ml i.m. / i.v. ampoules 2 ml (5 pcs)			
☐ Dafalgan comprimés pelliculés 1 g (16 pcs)			
☐ Xyzal comprimés pelliculés 5 mg (10 pcs)			
☐			

Adresse de livraison

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

_____

_____

_____

_____

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

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

Date, Timbre / Signature

02598

© MediService AG / Version: 24MSE0041DF_c