

Ricetta medica

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

<input type="checkbox"/> Ocrevus® conc infusione 300 mg / 10 ml fiala (1 pz)	_____ Quantità confezioni
<input type="checkbox"/> NaCl sol inf 0.9% 100 ml flacone in plastica con utensili (1 pz)	_____ Quantità confezioni
<input type="checkbox"/> NaCl sol inf 0.9% 100 ml flacone in plastica con utensili (1 pz)	_____ Quantità confezioni
<input type="checkbox"/> NaCl sol inf 0.9% 100 ml flacone in plastica con utensili (1 pz)	_____ Quantità confezioni
<input type="checkbox"/> Accessori per l'infusione: set d'infusione Promedical, Sterifix filtro d'infusione 0.2 µm, tamponi alcolici, compresse, contenitore per rifiuti	

Posologia Prima dose giorno 1 e giorno 15 (300 mg Ocrevus al giorno 1 e giorno 15)
 Dose successiva ogni 24 settimane (2 x 300 mg Ocrevus)

Validità della ricetta Ricetta singola Ricetta ripetibile _____ mesi Ripetibile _____ volte

Servizio Home Care Il medico desidera l'amministrazione di un infermiere di MediService: sì no

Ulteriori farmaci necessari (Nome, forma galenica, dosaggio, confezione)	Quantità confezioni	Validità	Posologia
<input type="checkbox"/> Solu-Moderin sostanza secca 125 mg con solvente (1 pz)			
<input type="checkbox"/> Tavegyl® sol ini 2 mg / 2 ml i.m. / e.v. fiale 2 ml (5 pz)			
<input type="checkbox"/> Dafalgan compressa rivestita con film 1 g (16 pz)			
<input type="checkbox"/> Xyzal compressa rivestita con film 5 mg (10 pz)			
<input type="checkbox"/>			

Indirizzo di consegna Farmacia dell'ospedale, a lato Indirizzo del medico summenzionato
 Altro indirizzo di consegna (CH), a lato

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: _____

<p>Importante</p> <p>Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.</p>	<p>Firma del medico</p>
	<p>Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero 032 686 20 30.</p>

Data, Timbro / Firma