



Ordonnance

Ordonnance-fax à:
032 686 28 05
Pharmacie spécialisée MediService

MEDI SERVICE
Votre pharmacie spécialisée

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Tel. : 0800 220 222 (gratuit)
Email: pharmacare@mediservice.ch

Médecin / Le timbre du cabinet médical			
Titre, nom, prénom	_____	Tél.	_____
	_____	N°CCMS/EAN	_____
Rue/N°	_____	Fax	_____
NPA/Localité	_____	Courriel	_____
Adresse de la personne assurée/patient(e) / L'étiquette du patient(e)			
Nom, prénom	_____	Tél.	_____
Rue/N°	_____	Langue	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
NPA/Lieu	_____	Assurance	_____
Date de naissance	_____	N° police d'assurance	_____

PRIVIGEN sol perf 2.5 g/25ml i.v. _____ Quantité emballage
PRIVIGEN sol perf 5 g/50ml i.v. _____ Quantité emballage
PRIVIGEN sol perf 10 g/100ml i.v. _____ Quantité emballage
PRIVIGEN sol perf 20 g/200ml i.v. _____ Quantité emballage
PRIVIGEN sol perf 40 g/400ml i.v. _____ Quantité emballage

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

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

NaCl sol perf 0.9% 500 ml _____ Quantité emballage

Validité ordonnance Ord. ponctuelle Renouvelable ___ mois Renouvelable ___ répétitions

Indication Indication de la liste des spécialités (LS)
 Hors liste LS (*Merci de faxer une copie de la prise en charge au numéro ci-dessus*)

Infusion le médecin souhaite effectuer la perfusion par Home Care

Livraison le _____ (*La livraison suit après confirmation téléphonique.*)

Adresse de livraison A l'adresse du médecin susmentionnée _____
 Autre (ci-contre) _____

Signature du médecin	
Date _____	Timbre/Signature _____

Important:
Le patient approuve l'achat par MediService, la transmission de l'ordonnance par fax et selon désir, la pose des perfusions par MediService Home Care Team (A confirmer, SVP, par la signature du médecin).