

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 20 30

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Téléphone: 032 686 20 20
E-mail: contact@mediservice.ch

Votre pharmacie spécialisée

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:

02161

Nombre d'emballages	Nombre d'emballages	Nombre d'emballages
Actemra	Erelzi	Orencia
conc. perfusion 80 mg/4ml (1 pce)	sol inj 25mg/0.5ml ser pré (4pces)	seringue prête 125 mg/ml (4 pces)
conc. perfusion 200 mg/10ml (1 pce)	sol inj 50mg/1ml seringue pré (2 pces)	subs. sèche 250 mg avec ser. (1 pce)
conc. perfusion 400 mg/20ml (1 pce)	SensoReady 50mg/ 1ml (2 pces)	stylo pré. 125 mg/ml (4 pces)
seringue prête 162 mg/ 0.9ml (4 pces)	Humira	Remicade
Actemra [®] set de perfusion (1 pce)	ser prête à l'emploi 20 mg (2 pces)	subs sèche 100 mg (1 pce)
stylo prérempli 162 mg/0.9ml (4 pces)	ser prête à l'emploi 40 mg (1 pce)	set d'inf sans filtre (1 pce à 21.05)
Benepali	inj pré-rempli / stylo 40 mg (1 pce)	filtre – Set Codan (1 pce)
sol inj 50mg/ml stylo pré (2 pces)	ser prête à l'emploi 80 mg (1 pce)	filtre – Intrapur Lipid B.Braun (1 pce)
sol inj 50mg/ml stylo pré (4 pces)	inj pré-rempli / stylo 80 mg (1 pce)	filtre – Alaris Extension Set (1 pce)
sol inj 50mg/ml seringue pré (2 pces)	flacon-ampoule 40 mg (2 pces)	Remsima
sol inj 50mg/ml seringue pré (4 pces)	Inflectra	subst sèche 100 mg (1 pce)
Cimzia	subst sèche 100 mg (1 pce)	Simponi
sol. injection 200 mg/ml (2 pces)	Kezara	seringue prête 50 mg (1 pce)
AutoClicks 200 mg/ml (2 pces)	seringue pré 150mg/1.14ml (2 pces)	pen sol injection 50 mg (1 pce)
Cosentyx	seringue pré 200mg/1.14ml (2 pces)	seringue prête 100 mg (1 pce)
seringue prête 150 mg/1ml (1 pces)	stylo pré 150mg/1.14ml (2 pces)	pen sol injection 100 mg (1 pce)
seringue prête 150 mg/1ml (2 pces)	stylo pré 200mg/1.14ml (2 pces)	Stelara
SensoReady pen 150 mg/1ml (1 pces)	*Olumiant	seringue prête 45 mg/0.5ml (1 pce)
SensoReady pen 150 mg/1ml (2 pces)	comp. pelliculés 2 mg (28 pces)	seringue prête 90 mg/ml (1 pce)
Enbrel	comp. pelliculés 4 mg (28 pces)	conc. perfusion 130 mg/26ml (1 pce)
sol. injection 25 mg (4 pces)	*Otezla	flacon sol inj 45 mg/ 0.5 ml (1 pce)
subs. sèche 25 mg c solv (4 pces)	comp. emballage départ (27pces)	*Xeljanz
sol. injection 50 mg (2 pces)	comp. pelliculés 30 mg (56 pces)	comp. pelliculés 5 mg (56 pces)
MyClic 50 mg (2 pces)		*Sans conseil thérapeutique Home Care

Dosage

Validité ordonnance Ord. ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Garantie de prise en charge S'il vous plaît, pourriez-vous nous faire parvenir la garantie de prise en charge des coûts, si disponible

Home Care Service Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par MediService Home Care Team

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 doctoresse 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 doctoresse 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