

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 28 05

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

4528 Zuchwil

Téléphone: 0800 220 222

E-mail: pharmacare@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)	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° police d'ass.:

Tracleer® (bosentan)

Tracleer peut entraîner une perturbation des fonctions hépatiques et/ou des anomalies du fœtus. Un bilan hépatique est essentiel avant et chaque mois pendant le traitement. Pour les femmes en âge de procréer un test de grossesse préliminaire au traitement et une contraception adéquate sont nécessaires.

- Bilan hépatique effectué avant et chaque mois pendant le traitement
 Test de grossesse effectué avant le traitement

Emballage bouteille		Emballage blister	
Tracleer® 62.5 mg (56 cpr.)	_____ (nombre d'emballages)	Tracleer® 62.5 mg (56 cpr.)	_____ (nombre d'emballages)
Tracleer® 125 mg (56 cpr.)	_____ (nombre d'emballages)	Tracleer® 125 mg (56 cpr.)	_____ (nombre d'emballages)
		Tracleer® 32 mg (56 cpr. disp.) Application pédiatrique	_____ (nombre d'emballages)

Posologie	_____
------------------	-------

Validité de l'ordonnance	<input type="checkbox"/> Une fois	<input type="checkbox"/> Renouvelable pour ___ mois	<input type="checkbox"/> Renouvelable ___ fois
---------------------------------	-----------------------------------	---	--

Indication selon Swissmedic (aucune demande de prise en charge des coûts nécessaire)	<input type="checkbox"/> Ulcères digitaux chez les patients atteints de sclérodémie systémique
	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)

Indication "Off Label"	_____
-------------------------------	-------

Remboursement de l'indication "Off Label"	<input type="checkbox"/> Une demande de prise en charge déjà obtenue (merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)
	<input type="checkbox"/> Une demande de prise en charge à demander via MediService (MediService crée et soumet une demande de prise en charge des coûts à l'assurance maladie).

Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus
 Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: _____

Signature du médecin	Important: le patient, pour se procurer le médicament auprès de MediService, a accepté la transmission de l'ordonnance par fax (prière de confirmer au moyen de la signature du médecin).
Date	
Timbre / Signature	