

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: <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

	Nombre d'emballages		Nombre d'emballages
Uptravi® comp 200 µg (140 pces)		Uptravi® comp 1000 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 200 µg (60 pces)		Uptravi® comp 1200 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 400 µg (60 pces)		Uptravi® comp 1400 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 600 µg (60 pces)		Uptravi® comp 1600 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 800 µg (60 pces)			

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s)	Posologie	Nombre d'emballages
Dafalgan® comp 500 mg <input type="checkbox"/> 16 pces <input type="checkbox"/> 100 pces		
Dafalgan® comp 1 g <input type="checkbox"/> 16 pces <input type="checkbox"/> 100 pces		
Imodium® caps 2 mg <input type="checkbox"/> 20 pces <input type="checkbox"/> 60 pces		

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois Renouvelable ____ fois

Indication Hypertension pulmonaire chez les patients avec NYHA III et IV (Pas de garantie de prise en charge nécessaire)
 Indication en dehors de la limitation: Garantie de prise en charge déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService:
 Oui Non

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

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

<p>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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p> <p>_____</p> <p>Date, Timbre / Signature</p>
---	---