

# Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

**032 686 20 30**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 032 686 20 20

E-mail: contact@mediservice.ch

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:

02367

## Ventavis® Solution pour le nébuliseur (Iloprost)

Ventavis® 20 mcg/2ml amp. 30 pce

\_\_\_\_\_ Quantité emballage

**Le nébuliseur, son entretien et matériel supplémentaire pour la préparation de Ventavis® sont mis à disposition gratuitement par l'entreprise Bayer (Schweiz). Veuillez téléphoner au 0800 800 640 pour l'obtention de l'appareil.**

### Dosage:

\_\_\_\_\_

### Validité de

Ordonnance ponctuelle

### l'ordonnance:

Renouvelable \_\_\_\_\_ mois

Renouvelable \_\_\_\_\_ nombre d'emballages

### 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 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