

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:

Médicament		Nombre d'emballages	Médicament		Nombre d'emballages
Aubagio	cpr pelliculés 14 mg 28 pces		Fingolimod Mepha	capsules 0.5 mg 28 pces	
	cpr pelliculés 14 mg 84 pces			capsule 0.5 mg 84 pces	
Avonex	seringues prêtes 0.5 ml 4 pces		Gilenya	capsules 0.5 mg 28 pces	
	pen 0.5 ml 4 pces			capsules 0.5 mg 98 pces	
Betaferon	flacons 15 pces		Glatiramy	seringues prêtes 20 mg 28 pces	
Copaxone	seringues prêtes 20 mg 28 pces		Kesimpta	sol inj 20 mg stylo prérempli 1 pce	
	stylo 40 mg 12 pces		Lemtrada*	conc perf 12 mg 1 flacon	
	seringues prêtes 40 mg 12 pces		* Sans conseil thérapeutique / Attention: d'autres médicaments sur la 2 ^{ème} page		

Posologie

Validité de l'ordonnance	<input type="checkbox"/> Ord. ponctuelle	<input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable ____ mois	<input type="checkbox"/> Renouvelable ____ fois
Formulaire SVK	<input type="checkbox"/> Pour les patients SVK, merci de nous transmettre le formulaire SVK rempli		
Garantie de prise en charge:	<input type="checkbox"/> Lors des prescriptions pour Lemtrada; Mavenclad et Tysabri veuillez, SVP, joindre la garantie de prise en charge		
Home Care Service	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par MediService Home Care		
Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus	
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) ci-contre	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre	

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

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.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

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: F A I

Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

Médicament		Nombre d'emballages	Médicament		Nombre d'emballages
Rebif	emb. départ 8.8 µg+22 µg 6+6 pces		Tecfidera	capsules 120 mg 14 pces	
<i>Seringues</i>	seringues prêtes 22 µg 12 pces			capsules 240 mg 56 pces	
<i>prêtes</i>	seringues prêtes 44 µg 12 pces			capsules 240 mg 168 pces	
Rebif	pour RebiSmart 3 x 22 µg/semaine 4 pces		Tysabri	conc perf 300 mg/15 ml	
<i>Multidose</i>	pour RebiSmart 3 x 44 µg/semaine 4 pces			1 flacon	
Rebif	emb. départ 8.8 µg+22 µg 6+6 pces		Zeposia	emb. départ capsules	
<i>Pen</i>	RebiDose 22 µg 12 pces			4x0.23 mg, 3x0.46 mg 7 pces	
	RebiDose 44 µg 12 pces			capsules.0.92 mg 28 pces	

Posologie

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

Formulaire SVK Pour les patients SVK, merci de nous transmettre le formulaire SVK rempli

Garantie de prise en charge: Lors des prescriptions pour Lemtrada; Mavenclad et Tysabri veuillez, SVP, joindre la garantie de prise en charge

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

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: _____

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.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature