

<b>Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom / nom	Tél.
Cabinet / clinique	N° RCC / GLN
Rue / N°	Fax
NPA / localité	E-mail
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	
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

<input type="checkbox"/> <b>Reimsima®</b> subst sèche 100 mg flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Set de perfusion Braun kit de perfusion MSD (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Intrapur Lipid filtre à perfusion 1.2 µm (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> NaCl Braun 0.9% 250 ml Ecoflac (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Aqua ad inject. Braun Miniplasco 10 ml ampoules (20 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_\_ mois  
 Renouvelable \_\_\_\_\_ fois

**Garantie de prise en charge**  Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

Le médecin souhaite que la pose des perfusions soit faite par l'équipe de MediService Home Care

**Service Home Care**  au cabinet médical  
 au domicile du patient (les 3 premières perfusions doivent être posées au cabinet médical / à l'hôpital)

**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.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Date, Timbre / Signature