

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

**Gilenya®** capsules 0.5 mg (28 pcs) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

**Gilenya®** capsules 0.5 mg (98 pcs) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

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

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

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

**Service Home Care**  Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care

**Surveillance première dose**  Le médecin souhaite la surveillance de la première dose par le MediService Home Care Team

**Adresse de livraison** **La 1<sup>ère</sup> livraison au patient n'est possible que s'il a été expressément dit au patient que la première prise du médicament doit se faire en présence du médecin**

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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
Date, Timbre / Signature