Ordonnance

MEDI SERVICE
Votre pharmacie spécialisée

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

☐ **Privigen®** sol perf 2.5 g/25 ml i.v. flacon 25 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Privigen®** sol perf 5 g/50 ml i.v. flacon 50 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Privigen®** sol perf 10 g/100 ml i.v. flacon 100 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Privigen®** sol perf 20 g/200 ml i.v. flacon 200 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Privigen®** sol perf 40 g/400 ml i.v. flacon 400 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ NaCl sol perf 0.9 % 500 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**

Dosage (g/kg poids corp.) _____ **Dose totale (g)** _____

Perfusion répartie sur	☐ 1 jour ☐ 2 jours ☐ 3 jours ☐ 4 jours ☐ 5 jours
Validité de l'ordonnance	☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable____ mois ☐ Renouvelable ____ répétitions
Indication	☐ Indication selon liste des spécialités (LS) ☐ Hors liste des spécialités (LS) → *merci de nous envoyer la garantie de prise en charge*
Service Home Care	☐ Le médecin souhaite l'application des perfusions par l'équipe de MediService Home Care

Adresse de livraison

☐ Adresse 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

02479

© MediService AG / Version: 14ANDPHC15DF_b