

# 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: <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"/> Humira® sol inj 20 mg/0.2 ml seringues préremplies 0.2 ml (2 pcs) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Humira® sol inj 40 mg/0.4 ml seringue préremplie 0.4 ml (1 pce)   | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Humira® sol inj 80 mg/0.8 ml seringue préremplie 0.8 ml (1 pce)   | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Humira® sol inj 40 mg/0.4 ml stylo prérempli 0.4 ml (1 pce)       | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Humira® sol inj 80 mg/0.8 ml stylo prérempli 0.8 ml (1 pce)       | _____ Nombre d'emballages |

**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*)**Service Home Care**  Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de 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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.**Signature du médecin**

Date, Timbre / Signature