

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"/> Cosentyx ® sol inj 75 mg/0.5 ml seringue préremplie 0.5 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cosentyx ® sol inj 150 mg/1 ml seringue préremplie 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cosentyx ® sol inj 150 mg/1 ml seringues préremplies 1 ml (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cosentyx ® sol inj 300 mg/2 ml seringue préremplie 2 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cosentyx ® SensoReady sol inj 150 mg/1 ml stylo prérempli 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cosentyx ® SensoReady sol inj 150 mg/1 ml stylos préremplis 1 ml (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cosentyx ® UnoReady sol inj 300 mg/2 ml stylo prérempli 2 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Garantie de prise en charge Indication dans le cadre de la limitation de la liste des spécialités (une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire)
 Indication en dehors de la limitation de la liste des spécialités: merci de nous envoyer une copie de la garantie de prise en charge

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: _____

<p>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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p> <p>_____</p> <p>Date, Timbre / Signature</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------