

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"/> <b>Cosentyx</b> ® sol inj 75 mg/0.5 ml seringue préremplie 0.5 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> <b>Cosentyx</b> ® sol inj 150 mg/1 ml seringue préremplie 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> <b>Cosentyx</b> ® sol inj 150 mg/1 ml seringues préremplies 1 ml (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> <b>Cosentyx</b> ® sol inj 300 mg/2 ml seringue préremplie 2 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> <b>Cosentyx</b> ® <b>SensoReady</b> sol inj 150 mg/1 ml stylo prérempli 1 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> <b>Cosentyx</b> ® <b>SensoReady</b> sol inj 150 mg/1 ml stylos préremplis 1 ml (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> <b>Cosentyx</b> ® <b>UnoReady</b> 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><b>Important:</b> 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><b>Avez-vous signé l'ordonnance?</b> S.v.p. envoyer l'ordonnance à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au <b>032 686 20 30</b>.</p>	<p><b>Signature du médecin</b></p> <p>_____</p> <p>Date, Timbre / Signature</p>
---	---