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

☐ **Hyrimoz®** sol inj 20 mg/0.4 ml seringues préremplies 0.4 ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hyrimoz®** sol inj 40 mg/0.8 ml seringue préremplie 0.8 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hyrimoz®** sol inj 40 mg/0.8 ml seringues préremplies 0.8 ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hyrimoz®** sol inj 40 mg/0.8 ml seringues préremplies 0.8 ml (6 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** sol inj 40 mg/0.8 ml stylo prérempli 0.8 ml (1 pce)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** sol inj 40 mg/0.8 ml stylos préremplis 0.8 ml (2 pcs)	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** sol inj 40 mg/0.8 ml stylos préremplis 0.8 ml (6 pcs)	_____ **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** ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02501

© MediService AG / Version: 22MSE0074DF_b