# 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 |

| | |
|---|---|
| ☐ **Omnitrope®** SurePal sol inj 5 mg/1.5 ml cartouches (5 pcs) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ **Omnitrope®** SurePal sol inj 10 mg/1.5 ml cartouches (5 pcs) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ **Omnitrope®** SurePal sol inj 15 mg/1.5 ml cartouches (5 pcs) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ **SurePal™** 5 (blanc) injecteur pour Omnitrope® 5 mg (1 pce) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ **SurePal™** 10 (vert) injecteur pour Omnitrope® 10 mg (1 pce) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ **SurePal™** 15 (bleu) injecteur pour Omnitrope® 15 mg (1 pce) | _____ **Nombre d'emballages** |

**Posologie** _____

| | |
|---|---|
| **Validité de l'ordonnance** | ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable _____ mois<br>☐ Renouvelable _____ fois |
| **Garantie de prise en charge**<br>Seulement nécessaire pour les adultes | ☐ Déjà demandée *(merci de nous envoyer une copie)* |
| **Service Home Care** | ☐ Le médecin souhaite l'instruction d'injection 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

02529

© MediService AG / Version: 22MSE0122DF_b