

<b>Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom / nom	Tél.
Cabinet / clinique	N° RCC / GLN
Rue / N°	Fax
NPA / localité	E-mail
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	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"/> Cutaquig® solution injectable 1 g / 6 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 2 g / 12 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 4 g / 24 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Cutaquig® solution injectable 8 g / 48 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_

<b>Accessoires</b>	<input type="checkbox"/> Pompe à perfusion pour l'administration sous-cutanée contrôlée d'immunoglobulines.
	<input type="checkbox"/> Le matériel suivant fait partie de la thérapie par perfusion: Réservoir de médicament, kit de perfusion, désinfectant, tampons, pansement, collecteur d'aiguilles usagées, aide au prélèvement, étui de protection.

<b>Validité de l'ordonnance</b>	<input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable _____ mois
	<input type="checkbox"/> Renouvelable _____ fois

<b>Garantie de prise en charge</b>	<input type="checkbox"/> Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)
	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite recevoir un formulaire de demande à soumettre à la caisse maladie

<b>Accompagnement thérapeutique</b> (incl. l'utilisation de la pompe)	<input type="checkbox"/> Formation et suivi médical du patient pour sa thérapie par perfusion
<b>Lieu souhaité pour la formation</b>	<input type="checkbox"/> Clinique ou cabinet médical <input type="checkbox"/> Domicile du patient
<b>Début souhaité de la thérapie</b>	semaine _____
<b>Date dernière dose i.v.:</b> _____	<b>Taille:</b> _____ <b>cm</b> <b>Poids:</b> _____ <b>kg</b>

<b>Adresse de livraison</b>	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) 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>          
	Date, Timbre / Signature