

Ordonnance

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"/> Hemlibra® sol inj 30 mg/ml s.c. flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 60 mg/0.4 ml s.c. flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 105 mg/0.7 ml s.c. flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Hemlibra® sol inj 150 mg/ml s.c. flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Kit d'injection <i>Convenience Kit</i> (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Tampons alcoolisées (100 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Tampons de cellulose (70 x 2 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Pansement pour injection (100 pce)	_____ 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*)

Le médecin ne souhaite **pas** d'accompagnement thérapeutique de la part de l'équipe MediService Home Care.
L'accompagnement thérapeutique inclut notamment la formation personnelle à l'auto-injection par un infirmier/une infirmière spécialisée 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