# Ordonnance

MediService
by Redcare Apotheke

| **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: |

| | |
|---|---|
| ☐ **APO-go® Cartouche** chlorhydrate d'apomorphine 100 mg/20 ml (5 pcs) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ **APO-go® Pen** chlorhydrate d'apomorphine 30 mg/3 ml (5 pcs) | _____ **Nombre d'emballages** |
| ☐ Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pcs) | _____ **Nombre d'emballages** |

☐ Pompe Crono Par4 20 (unique)

| **Matériels** | **Nbr d'emballages** | **Matériels** | **Nbr d'emballages** |
|---|---|---|---|
| APO-go neria guard 9 mm/110 cm (10 pcs) | | Combi-Stopper (100 pcs) | |
| APO-go neria guard 9 mm/60 cm (10 pcs) | | CronoBell Sleeve (1 pce) | |
| APO-go neria guard 6 mm/60cm (10 pcs) | | | |

Après concertation avec le patient, un kit d'application individuel est remis. Celui-ci comprend par exemple tampons alcool, des compresses, un collecteur d'aiguilles usagées.

| | | |
|---|---|---|
| **Posologie** | ☐ Free Mode ☐ Auto Mode ☐ Bolus par jour max. _____ fois _____ mg | |
| | F1: Free Mode: _____ mg/h | Auto Mode: de _____ à _____ heures |
| | F2: Free Mode: _____ mg/h | Auto Mode: de _____ à _____ heures |
| | F3: Free Mode: _____ mg/h | Auto Mode: de _____ à _____ heures |
| | Taille: _____ cm | Poids corporel: _____ kg |
| **Validité de l'ordonnance** | ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ___ mois ☐ Renouvelable ___ fois | |
| **Garantie de prise en charge** | ☐ Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie) | |
| **Accompagnement thérapeutique** | Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par une infirmière Parkinson de Medi-Service: ☐ oui ☐ non | |

**Adresse de livraison**

☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ Pharmacie d'hôpital

_____

_____

_____

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

02573

© MediService AG / Version: 24MSE0022DF_a