

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"/> Terrosa® sol inj 250 mcg/ml cartouche 2.4 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Terrosa® sol inj 250 mcg/ml kit stylo + cartouche 2.4 ml (1 pce)	_____ Nombre d'emballages

Accessoires	Aiguilles à injection (105 pcs) <input type="checkbox"/> 5 mm <input type="checkbox"/> 8 mm
	<input type="checkbox"/> Compresses stériles imbibées d'alcool
	<input type="checkbox"/> Récipient pour déchets

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge	<input type="checkbox"/> Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (indication selon la liste des spécialités)
	<input type="checkbox"/> Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care	Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService:
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

<p>Important: Le médecin 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 médecin 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>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p>
	Date, Timbre / Signature