

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 20 30

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 032 686 20 20

E-mail: contact@mediservice.ch

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. 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:

Ilaris® Flacon de solution injectable 150 mg/ml à 1 ml (1 pce) _____ nombre d'emballages

Posologie

Validité de l'ordonnance

Une fois Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ fois

Indication

- Syndromes périodiques associés à la cryopyrine (CAPS) avec sans NLRP3
- le syndrome familial auto-inflammatoire au froid (FCAS) / urticaire familiale au froid (UFF)
 - le syndrome de Muckle-Wells (SMW)
 - la maladie inflammatoire multisystème à début néonatal (NOMID)/ syndrome neurologique, cutané et articulaire chronique infantile (CINCA)
- Syndrome périodique associé au récepteur du facteur de nécrose tumorale (TRAPS)
- Syndrome de fièvre périodique avec hyperimmunoglobulinémie D (HIDS)/déficit en mévalonate kinase (MKD)
- Fièvre méditerranéenne familiale (FMF)
- Arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS)
- Autre: _____

Garantie de prise en charge

- Déjà obtenue (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)
- La garantie de prise en charge doit être obtenue par MediService

Accompagnement Thérapeutique

- Je souhaite l'accompagnement thérapeutique par MediService Home Care Team

Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus
- Adresse du médecin ci-dessus
- Adresse de livraison (CH) ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: _____

Signature du médecin

Important: Le docteur / la doctresse 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 doctresse 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.

Date

Timbre / Signature