

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:

02370

Medikament	Anzahl Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
ESBRIET® (Pirfenidon) 267mg 90 cpr pell		OFEV® (Nintedanib) 100mg 60 capsules	
ESBRIET® (Pirfenidon) 801mg 90 cpr pell		OFEV® (Nintedanib) 150mg 60 capsules	

Posologie

Validité ordonnance Ord. Ponctuelle Renouvelable _____ Monate Renouvelable _____ répétitions

Indication Fibrose pulmonaire idiopathique FPI
 Autre: _____

Garantie de prise en charge Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)
 À demander par MediService (MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses maladie)
 Diagnostic de FPI selon les recommandations internationales (ATS/ERS)
 Indication déterminée par spécialiste qualifié/e en pneumologie

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: _____

Signature du médecin

Important: Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription 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.

Date

Timbre / Signature

20REZBUS010DF_a