

Ordonnance

MEDI SERVICE

Votre pharmacie spécialisée

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)

Prénom, nom:	Tél.:	Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
Rue/N°:	Assurance maladie:	
NPA/localité:	N° d'ass.:	
Date de naissance:	E-mail:	

Médicament	Nombre d'emballages	Dosage
<input type="checkbox"/> Prednison Streuli® 50 mg comprimés (20 pcs)		
<input type="checkbox"/> Xyzal® 5 mg/ml gouttes (20 ml)		
<input type="checkbox"/> EpiPen® sol inj 0.3 mg auto injecteur (2 pcs)		
<input type="checkbox"/> EpiPen® Junior sol inj 0.15 mg auto injecteur (2 pcs)		

Autres médicaments

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Remarque _____

Home Care Ordonnance pour les médicaments d'urgence pour la thérapie par perfusion au domicile du patient

Adresse de livraison Adresse du patient ci-dessus Pharmacie d'hôpital ci-contre
 Adresse de livraison (CH) 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.

Signature du médecin

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Date, Timbre / Signature