



## Ricetta

inviare tramite e-mail a:  
[contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch)

MediService AG  
Ausserfeldweg 1  
4528 Zuchwil  
Tel: 032 686 20 20  
Fax: 032 686 20 30

|   |   |
|---|---|
| <b>Dati del medico</b> (event. con timbro dello studio) |   |
| Nome/Cognome:   | Tel:  |
| Studio medico/Clinica:                                  | ZSR:  |
| Via/N.:   | Fax:  |
| NPA/Luogo:  | E-mail:   |
| <b>Dati del paziente</b> (event. con etichetta del pa-  |   |
| Nome/Cognome:   | Tel:  |
| Via/N.:   | Lingua D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> |
| NPA/Luogo:  | Cassa malati:   |
| Data di nascita:  | Numero della cassa malati:  |

### OCREVUS® 300 mg 2 confezioni

10 ml di concentrato per infusione (ocrelizumab)

#### Dosaggio

- Prima dose giorno 1 e giorno 15 (300 mg cad. al giorno 1 e giorno 15)  
 Dose successiva ogni 24 settimane (2x 300 mg OCREVUS)

#### Ricetta - Validità

- Ricetta singola  Ricetta ripetibile \_\_\_\_ mesi  Ripetizioni \_\_\_\_

#### Premedicamento

- Solu-Moderin 125 mg polvere e solvente (1 pz.) \_\_\_\_\_ Numero di confezioni  
 Tavegyl 2 mg/2 ml i.m./e.v. (5 fiale) \_\_\_\_\_ Numero di confezioni  
 Dafalgan compresse 1 g (16 pz.) \_\_\_\_\_ Numero di confezioni  
 Xyzal compresse rivestite con film 5 mg (10 pz.) \_\_\_\_\_ Numero di confezioni

#### Accessori

- Soluzione fisiologica NaCl 0,9 % 100 ml \_\_\_\_\_ Numero di confezioni  
 Soluzione fisiologica NaCl 0,9 % 250 ml \_\_\_\_\_ Numero di confezioni  
 Soluzione fisiologica NaCl 0,9 % 500 ml \_\_\_\_\_ Numero di confezioni

#### Indirizzo di consegna

- Indirizzo del medico riportato sopra \_\_\_\_\_  
 Altro indirizzo (CH) a fianco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare se si desidera una determinata data di consegna.

Servizio di infusione richiesto tramite MediService AG. Consegna il: \_\_\_\_\_

|                  |  |
|------------------|--|
| Firma del medico | <b>Importante:</b> la paziente/il paziente ha acconsentito all'acquisizione tramite MediService AG e/o alla trasmissione della ricetta tramite fax (confermare con la firma del medico).<br>Acconsento alla trasmissione da parte di MediService AG dei miei dati di contatto a Roche Pharma (Svizzera) SA in caso di accertamento di eventi indesiderati, affinché possano contattarmi direttamente in caso di domande. |
| Data             |  |
| Timbro/Firma     |  |