

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:

02371

Médicament	Quantité emballage	Médicament	Quantité emballage
BEOVU sol inj 6mg/0.05ml seringue prête 0.165ml		LUCENTIS sol inj 2.3 mg/0.23ml flac	
EYLEA	EYLEA sol inj 2 mg/0.05ml flac	LUCENTIS seringue prête 1.65mg / 0.165ml	
	Set d'injection (BD seringue 1 ml + BD canule 0.3 x 13 mm)	OZURDEX intravitréen implant dans applicateur	

Validité de l'ordonnance: Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable ____ mois Renouv. ____ fois

Informations pour demander, si nécessaire, une garantie de prise en charge		
Pas de service garantie de prise en charge pour BEOVU		
Garantie de prise en charge	<input type="checkbox"/> Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus) <input type="checkbox"/> A demander par MediService (<i>MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses-maladies</i>)	
Œil concerné	<input type="checkbox"/> Œil droit <input type="checkbox"/> Œil gauche <input type="checkbox"/> Deux yeux	
Indication		
Lucentis	Eylea	Ozurdex
<input type="checkbox"/> Occlusion de veine rétinienne (OBVR et OVCR)	<input type="checkbox"/> Occlusion de branche veineuse rétinienne (OBVR)	<input type="checkbox"/> Occlusion de branche veineuse rétinienne (OBVR)
<input type="checkbox"/> Maculaire diabétique (OMD)	<input type="checkbox"/> Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)	<input type="checkbox"/> Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)
<input type="checkbox"/> Exsudative (humide) DMLA	<input type="checkbox"/> Exsudative (humide) DMLA	<input type="checkbox"/> Inflammation du segment postérieur de l'œil de type uvéite non-infectieuse.
<input type="checkbox"/> NVC myopique	<input type="checkbox"/> Maculaire diabétique (OMD)	<input type="checkbox"/> Maculaire diabétique (OMD)
<input type="checkbox"/> Autre indication :		
Traitement précédent		

Adresse de livraison

- 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. _____

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, 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