

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)	
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

	Nombre d'emballages		Nombre d'emballages
Uptravi® comp 200 µg (140 pces)		Uptravi® comp 1000 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 200 µg (60 pces)		Uptravi® comp 1200 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 400 µg (60 pces)		Uptravi® comp 1400 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 600 µg (60 pces)		Uptravi® comp 1600 µg (60 pces)	
Uptravi® comp 800 µg (60 pces)			
Autre(s) médicament(s) nécessaire(s)	Posologie	Nombre d'emballages	
Dafalgan® comp 500 mg <input type="checkbox"/> 16 pces <input type="checkbox"/> 100 pces			
Dafalgan® comp 1 g <input type="checkbox"/> 16 pces <input type="checkbox"/> 100 pces			
Imodium® caps 2 mg <input type="checkbox"/> 20 pces <input type="checkbox"/> 60 pces			

Posologie _____

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

Indication Hypertension pulmonaire chez les patients avec NYHA III et IV (*Pas de garantie de prise en charge nécessaire*)
 Indication en dehors de la limitation: Garantie de prise en charge déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

Home Care Service Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par une infirmière HTP de MediService

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: _____

<p>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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p>
	Date, Timbre / Signature