

<b>Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	
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:

Médicament	Nombre d'emballages	Posologie
<input type="checkbox"/> <b>Venclyxto</b> ® 10 mg cpr pelliculés 14 pces		
<input type="checkbox"/> <b>Venclyxto</b> ® 50 mg cpr pelliculés 7 pces		
<input type="checkbox"/> <b>Venclyxto</b> ® 100 mg cpr pelliculés 7 pces		
<input type="checkbox"/> <b>Venclyxto</b> ® 100 mg cpr pelliculés 14 pces		
<input type="checkbox"/> <b>Venclyxto</b> ® 100 mg cpr pelliculés 112 pces		

**Validité de l'ordonnance:**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  
 Renouvelable \_\_\_\_ fois

**Garantie de prise en charge:**  Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

**Venclyxto**®  
**Début de la thérapie à domicile**

Le médecin souhaite un accompagnement thérapeutique pour le titrage de la posologie par le service HomeCare de MediService.  
Si oui, veuillez également remplir le formulaire « INSCRIPTION & DÉLÉGATION (pour le médecin traitant) » et le formulaire « INSCRIPTION & DÉCLARATION DE CONSENTEMENT (pour le patient) » **VENCLYXTO® début de thérapie à domicile** et le signer

**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: \_\_\_\_\_

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