

<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

<input type="checkbox"/> <b>Cutaquig®</b> solution injectable 1 g / 6 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cutaquig®</b> solution injectable 2 g / 12 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cutaquig®</b> solution injectable 4 g / 24 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cutaquig®</b> solution injectable 8 g / 48 ml flacon 1 pce	_____	<b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_

<b>Accessoires</b>	<input type="checkbox"/> Pompe à perfusion pour l'administration sous-cutanée contrôlée d'immunoglobulines.
	<input type="checkbox"/> Le matériel suivant fait partie de la thérapie par perfusion: Réservoir de médicament, kit de perfusion, désinfectant, tampons, pansement, collecteur d'aiguilles usagées, aide au prélèvement, étui de protection.

<b>Validité de l'ordonnance</b>	<input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable ____ mois
	<input type="checkbox"/> Renouvelable ____ fois

<b>Garantie de prise en charge</b>	<input type="checkbox"/> Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)
	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite recevoir un formulaire de demande à soumettre à la caisse maladie

<b>Accompagnement thérapeutique</b> (incl. l'utilisation de la pompe)	<input type="checkbox"/> Formation et suivi médical du patient pour sa thérapie par perfusion
<b>Lieu souhaité pour la formation</b>	<input type="checkbox"/> Clinique ou cabinet médical <input type="checkbox"/> Domicile du patient
<b>Début souhaité de la thérapie</b>	semaine _____
<b>Date dernière dose i.v.:</b> _____	<b>Taille:</b> _____ <b>cm</b> <b>Poids:</b> _____ <b>kg</b>

<b>Adresse de livraison</b>	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) ci-contre
_____	
_____	

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: \_\_\_\_\_

<p><b>Important:</b> Le médecin confirme par sa signature que 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 médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom 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? S.v.p. envoyer l'ordonnance à <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> ou par fax au 032 686 20 30.</b></p>	<b>Signature du médecin</b>
	Date, Timbre / Signature