

# Ricetta medica / Registrazione iniezione a domicilio

<b>Dati del medico (timbro dello studio medico)</b>	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
<b>Dati del paziente (etichetta paziente)</b>	
Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

**Amvuttra®** sol ini 25 mg / 0.5 ml siringa preriempita (1 pz) \_\_\_\_\_ **Quantità confezioni**

Accessori per l'iniezione: tamponi alcolici, compresse e contenitore per rifiuti

**Posologia** La dose raccomandata di Amvuttra è di 25 mg, somministrata come iniezione sottocutanea una volta ogni 3 mesi. Per informazioni aggiornate, consultare sempre l'informazioni professionali.

**Validità della ricetta**  Ricetta singola  Ricetta ripetibile \_\_\_\_\_ mesi  Ripetibile \_\_\_\_\_ volte

**Garanzia di pagamento della cassa malati**  Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)

**Servizio di iniezione** Il medico desidera che l'iniezione a domicilio sia effettuata da un infermiera/e MediService:  
 Sì  No  
 Le iniezioni a domicilio sono possibili a partire dalla seconda iniezione.

**Indirizzo di consegna**  Indirizzo del paziente summenzionato  Indirizzo del medico summenzionato  
 Altro indirizzo di consegna (CH), a lato  Farmacia dell'ospedale, a lato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: \_\_\_\_\_

**Importante**  
 Il medico conferma con la sua firma che la/il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome della / del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.

**Ha firmato la ricetta?** La preghiamo di mandare la ricetta a [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.

**Firma del medico**

Data, Timbro / Firma