

Ordonnance

| | |
|---|--------------------|
| 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: |

| | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> APO-go® Cartouche chlorhydrate d'apomorphine 100 mg/20 ml (5 pcs) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pcs) | _____ Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Pompe Crono Par4 20 (unique) | |
| <input type="checkbox"/> Autres médicaments nécessaires: _____ | |

| Matériels | Nbr d'emballages | Matériels | Nbr d'emballages |
|---|------------------|--------------------------|------------------|
| APO-go neria guard 9 mm/110 cm (10 pcs) | | Combi-Stopper (100 pcs) | |
| APO-go neria guard 9 mm/60 cm (10 pcs) | | CronoBell Sleeve (1 pce) | |
| APO-go neria guard 6 mm/60cm (10 pcs) | | | |

Après concertation avec le patient, un kit d'application individuel est remis. Celui-ci comprend par exemple tampons alcool, des compresses, un collecteur d'aiguilles usagées.

| | |
|------------------|--|
| Posologie | <input type="checkbox"/> Free Mode <input type="checkbox"/> Auto Mode <input type="checkbox"/> Bolus par jour max. _____ fois _____ mg |
| | F1: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: de _____ à _____ heures |
| | F2: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: de _____ à _____ heures |
| | F3: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: de _____ à _____ heures |
| | Taille: _____ cm Poids corporel: _____ kg |

| | | | |
|------------------------------------|--|---|--|
| Validité de l'ordonnance | <input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle | <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable _____ mois | <input type="checkbox"/> Renouvelable _____ fois |
| Garantie de prise en charge | <input type="checkbox"/> Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie) | | |

| | |
|--------------------------|---|
| Service Home Care | Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par une infirmière Parkinson de MediService: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|--------------------------|---|

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| Adresse de livraison | <input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus | <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus |
| | <input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) | <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital |
| _____ | | |
| _____ | | |

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>Signature du médecin</p> <p>_____</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>Date, Timbre / Signature</p> |