

# 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:

**Tavneos®** (avacopan) caps 10 mg 180 pces (pour 30 jours) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

### Posologie

- Standard: 2 x 3 capsules à 10 mg par jour  
 Dosage différent: \_\_\_\_\_

### Validité de l'ordonnance

- Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_ fois

### Garantie de prise en charge

- Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

### Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus  Adresse du médecin ci-dessus  
 Adresse de livraison (CH)  Pharmacie d'hôpital

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: \_\_\_\_\_

### Important:

Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, 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.

**Avez-vous signé l'ordonnance?** S.v.p. envoyer l'ordonnance à [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

### Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
 Date, Timbre / Signature