

# Ordonnance

<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:

**Sondelbay®** sol inj 20 mcg / 80 mcl stylo injecteur prérempli 2.4 ml (1 pce) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

**Accessoires**

Aiguilles à injection (105 pcs)  5 mm  8 mm

Compresse stériles imbibées d'alcool

Récipient pour déchets

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

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

**Garantie de prise en charge**  Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (indication selon la liste des spécialités)

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

**Service Home Care** Le/la médecin souhaite que la formation sur l'injection et l'accompagnement thérapeutique soient réalisés par un(e) infirmier/ère spécialisé(e) de MediService:  Oui  Non

**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 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 médecin 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.

**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