

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"/> Altuvoc [®] subst sèche 250 UI c solv flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Altuvoc [®] subst sèche 500 UI c solv flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Altuvoc [®] subst sèche 1000 UI c solv flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Altuvoc [®] subst sèche 2000 UI c solv flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Altuvoc [®] subst sèche 3000 UI c solv flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Altuvoc [®] subst sèche 4000 UI c solv flacon (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Accessoires d'injection: Tampons d'alcool, compresses, pansements, récipient pour déchets	

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Service Home Care Le médecin souhaite que l'injection i.v. / la formation et l'accompagnement thérapeutique soient assurés par un infirmier spécialisé 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.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

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