

# 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)

Prénom, nom:	Tél.:	Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
Rue/N°:	Assurance maladie:	
NPA/localité:	N° d'ass.:	
Date de naissance:	E-mail:	

**Fingolimod Viartis® caps 0.5 mg (28 pcs)** \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

**Fingolimod Viartis® caps 0.5 mg (98 pcs)** \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

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

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

**Service Home Care** Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService:  
 Oui  Non

**Surveillance première dose** Le médecin souhaite la surveillance de la première dose un infirmier de MediService:  
 Oui  Non

## Adresse de livraison

**La 1<sup>ère</sup> livraison au patient n'est possible que s'il a été expressément dit au patient que la première prise du médicament doit se faire en présence du médecin**

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

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

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 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