

# 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"/> <b>Xolair®</b> (omalizumab) flacon de poudre à 150 mg et solvant pour solution injectable	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Xolair®</b> (omalizumab) sol inj 75 mg/0.5 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Xolair®</b> (omalizumab) sol inj 150 mg/1 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Xolair®</b> (omalizumab) sol inj 150 mg/1 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Xolair®</b> (omalizumab) sol inj 300 mg/2 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

**Posologie** \_\_\_\_\_ mg **Xolair®**     toutes les 2 semaines     toutes les 4 semaines

**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)

**Service Home Care**     Le médecin souhaite que la formation sur l'injection de la seringue préremplie Xolair ou du stylo prérempli Xolair soient réalisés par un infirmier spécialisé de MediService

**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 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 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**

**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**.

Date, Timbre / Signature