

# 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>Winrevair</b> ® 45 mg set (1 pce) 1 flacon avec poudre et solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 45 mg set (2 pcs) 2 flacons avec poudre et solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 60 mg set (1 pce) 1 flacon avec poudre et solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 60 mg set (2 pcs) 2 flacons avec poudre et solvant pour préparation d'une solution injectable	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

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

**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)

Oui  Non Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique\* par un/e Nurse PH de MediService

Oui  Non Le médecin souhaite la coordination des analyses sanguines par un/e Nurse PH de MediService

## Service Home Care

\* Le service peut inclure, sur demande, une instruction d'injection à domicile.

\* Pour plus d'informations: <https://www.mediservice.ch/fr/downloads/ph-care-msd.php>

<b>Adresse de livraison</b>	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH)	<input type="checkbox"/> 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