

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"/> Cuvitru® solution injectable 1 g / 5 ml flacon	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cuvitru® solution injectable 2 g / 10 ml flacon	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cuvitru® solution injectable 4 g / 20 ml flacon	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cuvitru® solution injectable 8 g / 40 ml flacon	_____	Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Cuvitru® solution injectable 10 g / 50 ml flacon	_____	Nombre d'emballages

Posologie _____

Accessoires

Pompe à perfusion pour l'administration sous-cutanée contrôlée d'immunoglobulines.

Le matériel suivant fait partie de la thérapie par perfusion:
Réservoir de médicament, kit de perfusion, désinfectant, tampons, pansement, collecteur d'aiguilles usagées, aide au prélèvement, étui de protection

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

Garantie de prise en charge

Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

Le médecin souhaite recevoir un formulaire de demande à soumettre à la caisse maladie

Accompagnement thérapeutique (incl. l'utilisation de la pompe) Le médecin souhaite le conseil thérapeutique par le MediService Home Care Team, y compris l'instruction du patient à la thérapie par perfusion indépendante

Lieu souhaité pour la formation Clinique ou cabinet médical Domicile du patient

Début souhaité de la thérapie _____ numéro de la semaine

Date dernière dose i.v. (si déjà utilisé): _____ **Taille:** _____ cm **Poids:** _____ kg

Adresse de livraison

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 docteur / la doctoresse 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 docteur / la doctoresse 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 ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature