

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	
	Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) siringa preriempita sol iniettabile <b>300mg/2ml</b> (2 pz) _____ quantità confezioni
<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) penna preriempita sol iniettabile <b>300mg/2ml</b> (2 pz) _____ quantità confezioni
<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) siringa preriempita sol iniettabile <b>200mg/1.14ml</b> (2 pz) _____ quantità confezioni
<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) penna preriempita sol iniettabile <b>200mg/1.14ml</b> (2 pz) _____ quantità confezioni
<input type="checkbox"/> Soft Zellin compresse imbevute di alcool (100 pz)

**Posologia** \_\_\_\_\_

**Validità della ricetta**  Ricetta singola  Ricetta ripetibile \_\_\_\_\_ mesi  Ripetibile \_\_\_\_\_ volte

**Indicazione**  Dermatite atopica  Asma  Rinosinusite cronica con poliposi nasali  
 altre

**Garanzia di pagamento dalla cassa malati**  Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)  
 Per le indicazioni dermatite atopica, asma o rinosinusite cronica con poliposi nasali: da richiedere tramite MediService. Le verrà inviato l'apposito modulo di garanzia di pagamento dei costi, con la richiesta di ritornarlo compilato. (MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi alla cassa malati)

**Home Care Service**  Il medico desidera l'istruzione Dupixent con successivo accompagnamento terapeutico dal Home Care Team di MediService

**Indirizzo di consegna**  Indirizzo del paziente summenzionato  Indirizzo del medico summenzionato  
 Altro indirizzo di consegna (CH), a lato  Farmacia dell'ospedale, a lato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: \_\_\_\_\_

<p><b>Importante</b> Il medico conferma con la sua firma che la/il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome della / del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.</p>	<p><b>Firma del medico</b></p>
	<p>Data, Timbro / Firma</p>

**Ha firmato la ricetta?** La preghiamo di mandare la ricetta a [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.