Ordonnance

MEDISERVICE
Votre pharmacie spécialisée

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: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

☐ **HyQvia®** sol perf 2.5 g / 25 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 5 g / 50 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 10 g / 100 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 20 g / 200 ml double flacons	_____ **Nombre d'emballages**
☐ **HyQvia®** sol perf 30 g / 300 ml double flacons	_____ **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

Service Home Care (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.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

02469

© MediService AG / Version: 22MSE0045DF_b