

# Ordonnance

<b>Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)</b>	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC/GLN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
<b>Coordonnées du patient (étiquette du patient)</b>	
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:

**APO-go® Pen** chlorhydrate d'apomorphine 30 mg/3 ml (5 pcs) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pcs) \_\_\_\_\_ **Nombre d'emballages**

Accessoires d'injection: Tampons d'alcool, compresses, récipient de déchets

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

**Validité de l'ordonnance**  Ordonnance ponctuelle  Ordonnance renouvelable \_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_ fois

**Garantie de prise en charge**  Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

**Service Home Care** Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par une infirmière Parkinson de MediService:  oui  non

**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 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**

**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