

<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

<input type="checkbox"/> <b>Entyvio</b> ® sous-cutanée sol inj 108 mg/0.68 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Entyvio</b> ® sous-cutanée sol inj 108 mg/0.68 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Entyvio</b> ® subst sèche 300 mg flacon (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250ml (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% sol perf avec dispositif (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (20 pces)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Set de perfusion Promedical (1 pce)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

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

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

**Garantie de prise en charge**  Garantie de prise en charge n'est pas nécessaire  
 Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)  
Nécessaire en cas de réduction de l'intervalle entre les doses à 4 semaines, en cas de poursuite du traitement après 1 an ou en cas d'indications hors SL

**Instruction ou Service de perfusion** Le médecin souhaite que la formation aux injections ou effectuée la perfusion soit dispensée par un infirmier MediService  Oui  Non

**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](mailto:contact@mediservice.ch) ou par fax au **032 686 20 30**.

**Signature du médecin**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date, Timbre / Signature