

Ordonnance / Inscription pour l'injection à domicile

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:

Givlaari® sol inj 189 mg/ml ampoule 1 ml (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Accessoires d'injection: seringue y compris canule 26G, aiguille 18G, tampons d'alcool, compresses, récipient de déchets

Posologie: _____ mg **Poids corporel:** _____ kg

La dose recommandée de Givlaari® est de 2.5 mg par kg une fois par mois, administré par injection sous-cutanée. La posologie est calculée d'après le poids corporel réel du patient.

Pour des informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.

Validité de l'ordonnance

Ordonnance ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ fois

Garantie de prise en charge

Déjà demandée (merci de nous envoyer une copie)

Service d'injection

Le médecin souhaite qu'un infirmier MediService effectue l'injection à domicile:

Oui Non

Les injections à domicile sont possibles à partir de la deuxième année de thérapie.

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, accompagnement thérapeutique 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