

# Ordonnance / Inscription pour la perfusion 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:

<input type="checkbox"/> <b>Onpattro® (Patisiran)</b> conc perf 10 mg/5ml ampoule 5 ml (1 pce) _____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> NaCl sol perf 0.9% <input type="checkbox"/> 100 ml <input type="checkbox"/> 250 ml _____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> Accessoires de perfusion: set de perfusion Promedical, récipient stérile, filtre à seringue de 0,45 µm, filtre de perfusion en ligne de 1,2 µm, désinfectant, tampons, pansements, récipient pour déchets.

**Posologie:** \_\_\_\_\_ mg      **Poids corporel:** \_\_\_\_\_ kg

La posologie recommandée d'Onpattro® est de 0.3 mg par kg de poids corporel, administrés par perfusion intraveineuse une fois toutes les 3 semaines. La posologie est calculée d'après le poids corporel actuel du patient. Pour les patients de poids ≥ 100 kg, la posologie maximale recommandée est de 30 mg. Pour des informations actuelles, veuillez toujours consulter l'information professionnelle.

**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 de perfusion** Le médecin souhaite qu'un infirmier MediService effectue la perfusion à domicile:  Oui  Non  
Le service est possible à partir de la 4<sup>ème</sup> perfusion.

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s) (Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage)	Nombre d'emballages	Validité	Posologie
<input type="checkbox"/> Paracétamol cpr pell <input type="checkbox"/> 500 mg (20 pcs) <input type="checkbox"/> 1 g (20 pcs)			
<input type="checkbox"/> <b>Tavegyl®</b> sol inj 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
<input type="checkbox"/> <b>EpiPen®</b> sol inj 0.3 mg injecteur prérempli (2 pcs)			
<input type="checkbox"/> Dexamethason Zentiva sol inj 5 mg/ml (3 pcs)			

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

### Signature du médecin

Date, Timbre / Signature