

<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>Radicava®</b> sol perf 30 mg/100 ml sachets 100 ml (2 pcs)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Radicava®</b> suspension orale emballage de départ 105 mg/5 ml flacon (2 x 35 ml)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>
<input type="checkbox"/> <b>Radicava®</b> suspension orale thérapie de maintien 105 mg/5 ml flacon (50 ml)	_____ <b>Nombre d'emballages</b>

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

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

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

**Service Home Care**  Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care

<b>Pour les perfusions de Radicava uniquement</b>	
<b>Spitex-Transmission</b>	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite une transmission à Spitex du patient par MediService
<b>Début de la thérapie</b>	<input type="checkbox"/> à l'hôpital <input type="checkbox"/> à la maison: 1 <sup>ère</sup> infusion à domicile est souhaitée le _____

**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: \_\_\_\_\_

<p><b>Important:</b>                  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.</p>	<p><b>Signature du médecin</b></p>          
	<p>Date, Timbre / Signature</p>

**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**.