

Ordonnance

| | |
|---|-------------------|
| 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"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 1 mg/ml flacon 20 ml (1 pce) | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 2.5 mg/ml flacon 20 ml (1 pce) | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 5 mg/ml flacon 20 ml (1 pce) | _____ | Nombre d'emballages |
| <input type="checkbox"/> Remodulin® (Tréprostinil) sol perf 10 mg/ml flacon 20 ml (1 pce) | _____ | Nombre d'emballages |
| Pompes à perfusion | <input type="checkbox"/> Lenus pro pompe septum normal (i.v.) <input type="checkbox"/> I-JET pompe sous-cutanée (s.c.) <input type="checkbox"/> Lenus pro pompe septum proéminent (i.v.) | |

| Accessoires de perfusion | Nbr. d'emballages | Accessoires de perfusion | Nbr. d'emballages |
|--|-------------------|---|-------------------|
| Seringues pour pompe I-JET 20 pcs | | Cleo 90 set de perfusion 6mm 60cm 10 pcs | |
| DUO kit de remplissage Lenus Pro 1 pce | | Neria Guard set perfusion 6mm 60cm 10 pcs | |

Selon accord avec le patient, le set d'application est délivré séparément et contient p. ex: désinfectant, tampons d'alcool, gaze, film de douche, emplâtre.

Posologie _____

| | |
|-------------------------------------|--|
| Validité de l'ordonnance | <input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle <input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable _____ mois <input type="checkbox"/> Renouvelable _____ fois |
| Garantie de prise en charge | <input type="checkbox"/> Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire <input type="checkbox"/> Déjà demandée (<i>merci de nous envoyer une copie</i>) |
| Accompagnement thérapeutique | <input type="checkbox"/> Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique d'une infirmière HTP par l'équipe de MediService |

| | |
|-----------------------------|--|
| Adresse de livraison | <input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus <input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) ci-contre <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre |
| _____ _____ _____ | |

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

| | |
|--|--|
| <p>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.</p> | <p>Signature du médecin</p> |
| <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p> | <p>Date, Timbre / Signature</p> |