

# Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

**032 686 28 05**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1

4528 Zuchwil

Téléphone: 0800 220 222

E-mail: contact@mediservice.ch

Votre pharmacie spécialisée

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. étiquette du patient)	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° police d'ass.:

- Hemlibra**® (Emicizumab) 30 mg sol perf 1 ml flacon (1 pce) \_\_\_\_\_ quantité d'emballages
- Hemlibra**® (Emicizumab) 60 mg sol perf 0.4 ml flacon (1 pce) \_\_\_\_\_ quantité d'emballages
- Hemlibra**® (Emicizumab) 105 mg sol perf 0.7 ml flacon (1 pce) \_\_\_\_\_ quantité d'emballages
- Hemlibra**® (Emicizumab) 150 mg sol perf 1 ml flacon (1 pce) \_\_\_\_\_ quantité d'emballages

## Posologie

\_\_\_\_\_

**Validité ordonnance**  Ord. ponctuelle  Renouvelable \_\_\_\_\_ mois  Renouvelable \_\_\_\_\_ répétitions

**Accessoire**  Kit d'injection (Convenience Kit) \_\_\_\_\_ quantité d'emballages

**Accompagnement Thérapeutique**  Le patient souhaite l'accompagnement thérapeutique par MediService Home Care Team

## Autre(s) médicament(s) nécessaire(s):

Rp. Médicament(s) Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage	Conditionnement	Quantité d'emballage	Validité	Posologie

## Adresse de livraison

- À l'adresse du patient(e) susmentionnée \_\_\_\_\_
- À l'adresse du médecin susmentionnée \_\_\_\_\_
- En pharmacie d'hôpital (ci-contre) \_\_\_\_\_
- Autre (ci-contre) \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: \_\_\_\_\_

Signature du médecin	
          	<b>Important:</b> Le patient accepte la livraison par MediService, la transmission par fax de l'ordonnance et d'avoir l'accompagnement thérapeutique de MediService (à confirmer avec la signature du médecin). J'accepte par la présente que MediService transmette mes coordonnées au fabricant en cas d'événements indésirables afin que celui-ci puisse me contacter directement en cas de question.
Date _____	Timbre / Signature _____