

# Ordonnance médicale

## Traitement sous-cutané d'immunoglobulines G

A transmettre à : [pharmacie@unisante.ch](mailto:pharmacie@unisante.ch)

En cas de question veuillez appeler le  
021 314 48 48 ou 079 556 84 42

Médecin (timbre)	Patient·e (étiquette)
Dr méd. : Adresse :	Nom, prénom : Adresse :
N° tél. :	Date de naissance : ...../...../.....
	Poids: .....kg

Rp. :

..... dosage : .....g/administration, à administrer ..... x/semaine

Enseignement thérapeutique à domicile du·de la patient·e (forfait d'enseignement) et délégation pour les soins à domicile dans le cadre de la mise en place du traitement

- Pompe à perfusion
- Crono Cartouche
- Aiguilles SC avec tubulures (set de perfusion Neria)
- Raccord transfert pour cartouche
- Bandes adhésives
- Pansements
- Tampons alcoolisés
- Emla® patch ou crème
- Tegaderm®
- Excipial® U hydrolotion
- PM : Alcool avec glycérine pour désinfection des mains
- Alcool 70° pour désinfection de surface
- Poubelle matériel/déchets biologiques
- Pile pour pompe à perfusion
- Livret patient
- Autre : .....

Ordonnance renouvelable ..... mois.

Date : ..... Signature : .....