

Formulaire de commande pour les médecins concernant les médicaments magistraux – utilisation dans le cabinet médical

Par fax: 0800 851 118 ou par e-mail: bestellung@zurrose.ch

Expéditeur/sceau:

N° de client: _____

Signature du médecin*: _____

Date: _____

Signature manuscrite obligatoire, version électronique non acceptée

Pharmacode	Quantité*	Désignation (principe actif, concentration et forme pharmaceutique)*	Usage/ indication**

Je souhaite recevoir une offre pour validation avant de passer la commande.

Zur Rose est habilitée à fournir des médicaments magistraux (formula magistralis) aux médecins qui en ont besoin pour traiter leurs patients. Merci de préciser l'usage ou l'indication du produit. Conformément à l'art. 9, al. 2, let. a et c, de la LPTh, nous sommes responsables de l'autorisation de mise sur le marché de la fabrication et avons impérativement besoin de ces informations.



LPTh, art. 9, al. 2, let. a et c



Document de synthèse
H 006.02
(en allemand)

Je confirme par ma signature que

- le médicament est utilisé sur le patient et en aucun cas remis au patient
- l'utilisation des médicaments magistraux est documentée par lot
- les informations fournies concernant l'usage prévu/l'indication sont correctes
- l'utilisation dans le cabinet médical est l'usage exclusif

L'annulation et le retour des médicaments magistraux ne sont pas possibles.
Le délai de fabrication est de 5 à 10 jours ouvrables.

Vacances _____

Fermé dès le: _____

Rouvert dès le: _____

Remarques _____

*Champs obligatoires à remplir.

Version 10.2025