

Formulaire - Avis de fermeture temporaire d'une pharmacie en raison de la COVID-19



La poursuite des activités des pharmacies communautaires et la perspective de fermetures temporaires si le personnel de la pharmacie est incapable de travailler pour des raisons telles que la maladie, l'isolement ou la prise en charge d'un proche peuvent avoir des répercussions importantes sur les soins aux patients. Les gérants de pharmacie doivent avant tout veiller à ce que les patients soient informés, aient accès à leurs dossiers et sachent comment accéder à leurs médicaments en cas de fermeture.

APERÇU

1. Le gérant de pharmacie qui ferme une pharmacie temporairement en raison de problèmes de COVID-19 doit remplir et remettre immédiatement à l'Ordre le formulaire Avis de fermeture temporaire en raison de la COVID-19 par courriel à l'adresse info@nbpharmacists.ca ou par télécopieur au 506-857-8838.
2. Le gérant de pharmacie est responsable de la sécurité de tous les médicaments réglementés et visés par les annexes I, II et III tout au long de la période de fermeture.
3. Le gérant de pharmacie est responsable de la sécurité des renseignements personnels sur la santé tout au long de la période de fermeture.
4. Dans la mesure du possible, il faut accorder aux patients la possibilité d'obtenir leurs ordonnances préparées ou prendre d'autres mesures.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE

Nom de la pharmacie (appellation connue du public) :

Numéro matricule du gérant de pharmacie de l'OPNB :

Adresse municipale :

Numéro de téléphone de la pharmacie :

Date de fermeture (JJ-MO-AAAA) :

Détails concernant la fermeture (au besoin, annexer un document distinct) :

Date de réouverture prévue (JJ-MO-AAAA) :

COORDONNÉES DU GÉRANT DE PHARMACIE

Nom :

Courriel d'une personne-ressource durant la fermeture :

Numéro de téléphone de la personne-ressource durant la fermeture :

DÉCLARATION DU GÉRANT DE PHARMACIE

Je reconnais mes obligations professionnelles telles qu'elles sont décrites dans l'aperçu. Je m'engage à informer l'Ordre de la réouverture de la pharmacie. (à transmettre par courriel à info@nbpharmacists.ca)

Si vous soumettez ce formulaire par voie électronique* :

En inscrivant mon nom au complet dans la case de signature ci-dessous, j'atteste que l'information que j'ai fourni dans ce formulaire est véridique et complète à ma connaissance.

Signature du gérant de pharmacie :

Numéro de licence du gérant de pharmacie de l'OPNB :

Date du dépôt auprès de l'Ordre :

***Veillez noter:** Si vous remplissez le formulaire par voie électronique (plutôt qu'en l'imprimant), une copie du document doit être sauvegardée avant d'être envoyée à l'Ordre par courriel.