

Demande d'attestation de rapports professionnels de collaboration

En 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a adopté une modification à la Loi sur la Pharmacie pour élargir le champ d'activité du pharmacien en lui permettant de prescrire certains médicaments. Avant de permettre à un pharmacien de demander l'autorisation de prescrire, l'Ordre des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick exige que celui-ci ait établi des rapports professionnels de collaboration avec d'autres membres d'une profession de la santé réglementée.

L'objet du présent formulaire est de décrire les rapports professionnels de collaboration que le pharmacien a établi avec vous selon les critères présentés ci-après. Veuillez décrire la nature de votre partenariat de collaboration en encerclant «Oui» ou «Non» pour chacun des quatre critères. Veuillez donner un exemple ou une brève description de la façon dont votre partenariat de collaboration répond ou non à ces quatre critères. Une fois le formulaire rempli, veuillez en garder une copie pour vos dossiers et remettre l'original au pharmacien concerné dans une enveloppe cachetée après avoir apposé votre signature sur la partie scellée.

NOM DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	
J'AI TRAVAILLÉ AVEC CETTE PERSONNE	
de (mois et année)	à (mois et année)

L'auteur de la demande communique avec moi de manière efficace et constructive.	Oui	Non
Exemple ou description		
L'auteur de la demande partage avec moi des renseignements utiles en matière de santé.	Oui	Non
Exemple ou description		
L'auteur de la demande et moi déterminons des objectifs communs de traitement qui conviennent au client.	Oui	Non
Exemple ou description		
L'auteur de la demande et moi établissons les attentes de l'un envers l'autre quand il s'agit d'un client commun.	Oui	Non
Exemple ou description		

Autres observations s'il y a lieu : (Ajoutez une page au besoin.)

DÉCLARATION SIGNÉE

J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements donnés ci-dessus concernant mes rapports professionnels de collaboration avec l'auteur de la demande sont vrais et exacts.

SIGNATURE :	DATE :
NOM :	POSTE :
NOM DE L'ENTREPRISE :	ADRESSE DE L'ENTREPRISE :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE :