



## CONFIDENTIALITÉ

Si vous recevez cette télécopie par erreur, veuillez nous appeler au 1 800-463-4434 ou nous contacter par courriel à info@nbpharmacists.ca L'utilisation non autorisée de ces renseignements est interdite.

## AVERTISSEMENT

Date d'entrée en vigueur (AA/MM/JJ) : .....

- Tous les champs doivent être remplis. Si le formulaire est soumis non complet, il ne sera pas traité.
- Patient est maintenant limité à la pharmacie nommée ci-dessous
- Patient **n'est plus** limité à la pharmacie ci-dessous

Prénom : ..... Autres prénoms : .....

Nom de famille : .....

Adresse à domicile : ..... Ville : .....

Province : ..... Code postal : ..... Téléphone : .....

Date de naissance : ..... (Année/Mois/Jour)

Numéro de carte santé (assurance maladie) : .....

*Votre carte d'assurance-maladie est la plus importante pièce d'information pour assurer le lien avec votre profil pharmaceutique dans toutes les pharmacies communautaires au Nouveau-Brunswick. (www.gnb.ca)*

Nom de la pharmacie : .....

Numéro de certificat d'exploitation: **P** .....

Adresse : ..... Ville : .....

Numéro de téléphone de la personne-ressource au besoin : .....

Nom du médecin : .....

Fait par (nom du pharmacien ou du médecin) : .....

Signature (nom du pharmacien ou du médecin) : .....

Je, (nom du patient) : ..... accepte les restrictions ci-dessus qui sont en vigueur jusqu'à nouvel ordre. Je comprends et reconnais que les informations sur ce document seront partagées avec l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick ainsi qu'avec d'autres pharmacies dans la province du Nouveau Brunswick aux fins de cette restriction.

.....  
Signature du patient

La section 1: informations relatives au patient

La section 2 : Renseignements sur les restrictions

Consentement requis du patient



## CONFIDENTIALITÉ

Si vous recevez cette télécopie par erreur, veuillez nous appeler au 1 800-463-4434 ou nous contacter par courriel à info@nbpharmacists.ca L'utilisation non autorisée de ces renseignements est interdite.

## AVERTISSEMENT : APPLICATION DE LA LOI SUR UNE INFRACTION

En cas de fausse ordonnance, d'ordonnance falsifiée, de vol de feuilles d'ordonnance, aucun avertissement ne sera fait à moins qu'un organisme d'application de la loi n'ait été prévenu. **Organisme d'application de la loi prévenue ?**  Oui (Date : \_\_\_\_\_)  Non

### 1.0 INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

Prénom : ..... Autres prénoms : .....

Nom de famille : .....

Adresse à domicile : ..... Ville : .....

Province : ..... Code postal : ..... Téléphone : .....

### 2.0 OBSERVATIONS :

Nom de la pharmacie : .....

Numéro de certificat d'exploitation: **P** .....

Numéro de téléphone de la personne-ressource au besoin : .....

Fait par (nom du pharmacien ou du médecin) : .....

Signature (nom du pharmacien ou du médecin) : .....

**Si le formulaire est soumis non complet, il ne sera pas traité.**