



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



New Brunswick
College of Pharmacists
Ordre des pharmaciens
du Nouveau-Brunswick

686 boul. St-George Blvd, Suite 200
Moncton, N.-B. E1E 2C6
Tel: (506) 857-8957 Fax / Téléc: (506) 857-8838
www.nbpharmacists.ca info@nbpharmacists.ca

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.