



# New Brunswick College of Pharmacists

## Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick

*To protect and promote the health and well-being of New Brunswickers by regulating pharmacy practice.  
Protéger et promouvoir la santé et le bien-être des gens du Nouveau-Brunswick en réglementant l'exercice de la pharmacie.*

### FORMULAIRE DES COORDONNÉES ET DE PLAINTÉ

#### A. RENSEIGNEMENTS QUI VOUS CONCERNENT (LE/LA PATIENT.E ET PLAIGNANT.E) :

Salutation préférée :	
Prénom :	
Nom de famille :	
Je préfère qu'on m'appelle :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	
Adresse postale :	
Langue préférée pour communications :	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Les deux

#### B. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI COMMUNIQUE AVEC L'ORDRE AU NOM DU/DE LA PATIENT.E :

Salutation préférée :	
Prénom :	
Nom de famille :	
Je préfère qu'on m'appelle :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	
Adresse postale :	
Langue préférée pour communications :	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Les deux

<b>Relation avec le/la patient.e :</b>	<input type="checkbox"/> conjoint.e <input type="checkbox"/> partenaire <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> frère ou sœur <input type="checkbox"/> autre : _____
<b>Raison d'agir au nom du/de la patient.e, il/elle :</b>	<input type="checkbox"/> a fourni son consentement/autorisation <input type="checkbox"/> n'a pas la capacité de consentir et j'agis en tant que son représentant.e légalement autorisé.e <input type="checkbox"/> est décédé.e et j'agis en tant qu'exécuteur ou administrateur de sa succession <input type="checkbox"/> est un enfant mineur et je suis leur parent/tuteur <input type="checkbox"/> autre : _____
<b>Document légal qui vous autorise à agir au nom du/de la patient.e :</b>	<input type="checkbox"/> Autorisation signée par le/la patient.e <input type="checkbox"/> Procuration <input type="checkbox"/> autre : _____  * <b><u>Fournir une copie du document en question.</u></b>

**C. RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE (CONSIDÉRÉ COMME VISANT LE/LA GÉRANT.E DE LA PHARMACIE) OU L'INSCRIT.E (UN.E PHARMACIEN.NE OU UN.E TECHNICIEN.NE EN PHARMACIE) FAISANT L'OBJET DE LA PLAINTÉ :**

Complétez et déposez un formulaire séparé contre chaque pharmacie et/ou inscrit.e faisant l'objet de la plainte.

<b>Nom de la pharmacie ou de l'inscrit.e en cause :</b>	
---	--

**D. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PLAINTÉ :**

<b>1. Nom de la pharmacie où le/les incident(s)/problème(s) est/sont survenu(s) :</b>	
<b>2. Adresse où le/les incident(s)/problème(s) est/sont survenu(s) (rue, ville, etc.) :</b>	

<p><b>3. Date(s) où le/les incident(s)/problème(s) est/sont survenu(s) :</b></p>	
<p><b>4. Détails de l'/du/des incident(s)/problème(s) :</b></p>	
<p><b>5. Détails de votre/vos discussion(s) avec l'inscrit.e en cause pour traiter de l'/du/des incident(s)/problème(s) :</b>  (Par exemple, date, lieu et durée de la rencontre que vous avez organisée avec eux après le/les incident(s)/problème(s), les personnes présentes, les sujets abordés, les modalités de résolution abordées/convenues, etc.)</p>	
<p><b>6. Détails des démarches que vous avez entreprises pour régler le/les incident(s)/problème(s) :</b>  (Par exemple, communications avec l'inscrit.e depuis le/les incident(s)/problème(s), communications avec leur gestionnaire, plainte au siège social, transfert à une autre pharmacie, etc.)</p>	

<p><b>7. Détails de l'impact avéré ou éventuel sur votre santé :</b></p>	
<p><b>8. Suggestion quant à la manière dont le/les incident(s)/problème(s) auraient pu être gérés autrement :</b></p>	
<p><b>9. Suggestion quant au règlement possible de cette plainte :</b></p>	
<p><b>10. Autres renseignements à considérer :</b></p>	
<p><b>11. Liste des documents à l'appui, le cas échéant :</b> (par exemple, des politiques, procédures, dossiers de patients, rapports, courriels, etc.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> </ol>

## E. CONFIRMATION, CONSENTEMENT ET AUTORISATION

En complétant et soumettant ce formulaire des coordonnées et de plainte, je confirme, je consens et j'autorise les déclarations suivantes:

1. l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (l'« Ordre ») fournira une copie de ce formulaire des coordonnées et de plainte et tous les documents à l'appui ou pertinents qui y ont été annexés à l'intimé nommé dans cette plainte (étant l'inscrit.e ou le.la gérant.e de la pharmacie, dans le cas d'une plainte déposée contre une pharmacie),
2. l'intimé aura l'opportunité de répondre à mes allégations,
3. l'intimé peut libérer à l'Ordre tout renseignement et/ou documentation en leur possession concernant cette plainte, incluant, mais sans s'y limiter à mon *Profil du client* et à mon *Dossier d'ordonnances*, qui peut inclure mes renseignements personnels et mes renseignements personnels sur la santé,
4. je renonce au devoir de mon pharmacien et de ma pharmacie de garder confidentiels mes renseignements personnels et mes renseignements personnels sur la santé,
5. si cette plainte est l'objet d'une enquête :
  - a. on peut communiquer avec moi pour des informations supplémentaires ou afin de clarifier l'information que j'ai fournie,
  - b. si une entrevue par un inspecteur est nécessaire, l'entrevue peut être enregistrée, et/ou
  - c. cette plainte peut être discutée avec l'intimé et/ou de tierces parties qui pourraient disposer d'information pertinente au sujet de cette plainte,
6. tout renseignement (renseignements personnels et/ou renseignements personnels sur la santé) et documentation recueillis à l'intérieur de ce formulaire, de moi, de l'intimé ou à l'intérieur d'une enquête pourrait être distribués à :
  - a. un sous-comité du Comité des plaintes,
  - b. un sous-comité du Comité de discipline et de l'aptitude à exercer, dont les audiences sont publiques,
  - c. un conseiller juridique,
  - d. un autre département de l'Ordre, afin d'appliquer les objets de ces départements, et/ou
  - e. toute autre personne ou tout autre organisme, au besoin, afin de satisfaire aux obligations légales.

---

**SIGNATURE**

---

**DATE**

Avant de déposer le formulaire des coordonnées et de plainte, veuillez-vous assurer de :

- remplir toutes les sections du formulaire,
- fournir des copies des documents à l'appui ou pertinents (p. ex. rapports, courriels, etc.) et d'expliquer comment ils soutiennent votre plainte,
- fournir une copie de l'autorisation, la procuration, etc. vous nommant à titre de représentant.e légal.e. Dans le cas contraire, le.la patient.e devra signer un formulaire de consentement autorisant l'Ordre à communiquer avec vous en son nom, à moins que vous déposiez la plainte par écrit au nom d'un.e patient.e mineur.e, et
- conserver des copies de tous les documents pertinents pour vos dossiers.

Vous pouvez déposer ce formulaire des coordonnées et de plainte et documents à l'appui ou pertinents, par les moyens suivants :

- courriel : [aoc@nbpharmacists.ca](mailto:aoc@nbpharmacists.ca)
- télécopieur : 506-857-8838 – Attention : Administrateur des plaintes
- envoi postal : Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick  
a/s Administrateur des plaintes  
686 boul. St. George, bureau 200  
Moncton, N.-B.  
E1C 2C6