



## 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.**