



ENTENTE DE COLLABORATION PROFESSIONNELLE

PROFIL DU PHARMACIEN REQUÉRANT

Dans ce document, le masculin est utilisé au sens neutre et désigne autant les femmes que les hommes.

Nom du Pharmacien :	Numéro d'Immatriculation :	
Employeur actuel :		
Numéro(s) de téléphone :	Travail :	Personnel :
Adresses courriel :		

La collaboration professionnelle opérera dans les domaines suivants :

Type de pratique :

- Pratique générale (pharmacie communautaire)
- Pratique générale (pharmacie en milieu hospitalier)
- Administration d'injections intraveineuses
- Pédiatrie
- Gériatrie
- Chirurgie
- Psychiatrie
- Urgentologie
- Maladies infectieuses
- Traitement par agoniste opioïde
- Autre (veuillez préciser) : _____

Relations de travail collaboratif

Étape un : Vous devez fournir une lettre de Collaboration (voir [Demande d'une Lettre de collaboration](#)) du professionnel en santé réglementé avec lequel vous collaborerez. Si vous prévoyez collaborer avec un groupe, le dirigeant du groupe peut signer au nom du groupe.

Étape deux : Les demandes de Lettre de collaboration doivent être déposées en même temps que la présente Entente de collaboration professionnelle, alors que le nom et les coordonnées de tous les membres de l'équipe de collaboration doivent figurer dans l'avis envoyé à l'Ordre.

Veuillez fournir les coordonnées de chacun des professionnels de la santé réglementés qui

fournissent une lettre de collaboration en votre nom.

Nom :	Titre :
Nom de son organisation :	
Fonction de ce collaborateur :	
N° de téléphone le jour :	Adresse courriel :

Nom :	Titre :
Nom de son organisation :	
Fonction de ce collaborateur :	
N° de téléphone le jour :	Adresse courriel :

(Reproduire si nécessaire)

DESCRIPTION DE LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE

Donnez la description de la collaboration proposée (veuillez créer un document distinct) en veillant à fournir les renseignements ci-dessous :

- Nom, coordonnées et qualifications des membres de l'équipe d'entente de collaboration professionnelle (ECP);
- Modèle d'exercice et organisation des soins – préciser le type d'entente et comment sont organisés les soins aux patients;
- Fonctions et responsabilités des membres de l'équipe ECP – définir les fonctions et responsabilités de chacun des membres de l'équipe ECP en se fondant sur la connaissance du champ d'exercice de chaque membre de l'équipe;
- Coordination des soins – convenir de la personne chargée de coordonner les soins et de diriger l'équipe, en précisant les processus décisionnels;
- Imputabilité – définir comment chaque membre de l'équipe ECP rend compte de ses actes;
- Limites – préciser les limites d'exercice des membres de l'équipe, le cas échéant;
- Lieu – décrire à quel(s) endroit(s) les soins seront dispensés;
- Plan de continuité – déterminer les obstacles aux soins et les mesures à prendre par l'équipe;
- Documentation – décider des protocoles et procédures de documentation, en conformité avec les exigences de l'Ordre;
- Communication – convenir des protocoles et procédures de communication;

- Technologie – convenir de la technologie à utiliser aux fins de documentation et de communication;
- Durée de l’entente – dispositions qui précisent la durée de l’entente et les dispositions de continuité.

ÉTUDES ET FORMATION DES PHARMACIENS

Précisez les études ou les formations requises outre les recommandations générales de la section 2 de la Politique relative aux ententes de collaboration professionnelle.

1. Éducation formelle (plus avancée que le doctorat professionnel en pharmacie de premier cycle) :

Nom du cours	Établissement et emplacement	Date de début	Date d’achèvement	Spécialité (le cas échéant)

2. Autres stages de formation ou mentorats (en cours ou achevés) en dehors du système éducatif formel :

Dates :	
Nom et poste du précepteur ou du mentor :	
Coordonnées : N° de téléphone :	Adresse courriel :

Dates :	
Nom et poste du précepteur ou du mentor :	
N° de téléphone :	Adresse courriel :

3. Perfectionnement professionnel continu et formation ou certificats supplémentaires pouvant s’appliquer à la collaboration professionnelle

Veuillez fournir la documentation de vos activités d’apprentissage des trois dernières années qui ont un lien direct avec le perfectionnement de vos connaissances et

compétences et soutiennent votre capacité à exercer en collaboration.

PROCESSUS D'ASSURANCE QUALITÉ

Décrivez les décisions prises au sein de l'équipe de collaboration portant sur ce qui suit :

- Les processus d'évaluation; inclure les évaluations tant proactives que réactives (suite à un incident)
- Déclaration et analyse des incidents
- Plans d'amélioration suite à un incident
- Surveillance et suivi suite à un incident

ATTESTATION

Je déclare qu'à ma connaissance, tous les renseignements contenus dans la présente entente et tous les renseignements fournis en soutien à cette entente sont vrais et exacts.

SIGNATURE :

DATE :