



## DEMANDE DE LETTRE DE COLLABORATION – COLLABORATION PROFESSIONNELLE

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

**Directives pour remplir ce formulaire :** Un pharmacien vous demande de remplir ce formulaire afin d'officialiser un arrangement de collaboration professionnelle avec vous.

En remplissant ce formulaire au nom de ce pharmacien, vous contribuez à sa demande de pratique collaborative en décrivant la relation de travail collaboratif qu'il a développé avec vous. Veuillez décrire la nature de votre relation collaborative avec ce pharmacien en cochant «Oui» ou «Non» pour chacun des critères ci-dessous. Donnez un exemple ou une description qui montre comment votre relation collaborative répond à ce critère.

Nom du pharmacien:	
Le pharmacien et moi avons convenu du champ d'exercice de cette collaboration professionnelle.	Oui Non
Description de cet accord :	
Le pharmacien et moi avons mis au point des protocoles permettant de déterminer chacun nos objectifs de traitement pour chaque patient.	Oui Non
Exemple ou description :	
Le pharmacien et moi avons établi des moyens de communication régulière qui sont efficaces et en temps utile.	Oui Non



Exemple ou description :

--

Autres commentaires, au besoin. (Utilisez une autre feuille si nécessaire)

### ATTESTATION

Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis concernant ma relation de travail collaboratif avec le pharmacien requérant sont vrais et exacts.

SIGNATURE :	DATE :
NOM :	TITRE :
NOM DE LA COMPAGNIE OU DE L'ÉTABLISSEMENT :	ADRESSE DE LA COMPAGNIE :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	ADRESSE COURRIEL :

Après avoir rempli ce formulaire, veuillez remettre l'original au pharmacien requérant ou envoyez-le directement à l'Ordre par courriel à : [registrations@nbpharmacists.ca](mailto:registrations@nbpharmacists.ca)