



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 DE SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

A. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA PHARMACIE SIGNALANT LE OU LES INCIDENTS/PROBLÈMES

Prénom :	
Nom de famille :	
Je préfère qu'on m'appelle :	
Numéro matricule :	
Relation avec le professionnel de la pharmacie visé par la déclaration (employeur, gestionnaire, collègue, etc.) :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	
Langue préférée pour communications :	Anglais Français

B. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA PHARMACIE VISÉ PAR LE SIGNALEMENT

Prénom :	
Nom de famille :	
Numéro matricule :	

C. RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE OÙ LE OU LES INCIDENTS/PROBLÈMES SONT SURVENUS

Nom de la pharmacie :	
Numéro de certificat d'exploitation :	
Adresse de la pharmacie :	

D. ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS DU PROFESSIONNEL DE LA PHARMACIE VISÉ PAR LA DÉCLARATION (À REMPLIR SI VOUS ÊTES SON EMPLOYEUR/GÉRANT)

Votre poste à la pharmacie :	
Poste du professionnel de la pharmacie à la pharmacie :	
Durée de l'emploi à la pharmacie :	
Autres renseignements pertinents sur l'emploi :	

E. INCIDENT(S)/PROBLÈME(S) AYANT MENÉ AU SIGNALEMENT

1. Quel(s) type(s) d'incident(s) ou de problème(s) ont mené au signalement ? Cochez tout ce qui s'applique :	Ressources humaines Pratique Confidentialité Autre – veuillez expliquer :
2. Date(s) du ou des incidents/problèmes :	
3. Description du ou des incidents/problèmes :	

<p>4. Détails sur la façon dont la santé des patients a été ou aurait pu se trouver compromise par le ou les incidents/problèmes, le cas échéant :</p>	
<p>5. Si le professionnel de la pharmacie a été congédié, le congédiement a-t-il adéquatement réglé le ou les incidents/problèmes, ou recommanderiez-vous que l'Ordre enquête davantage sur cette affaire, du fait de préoccupations persistantes concernant la pratique du professionnel? Dans l'affirmative, veuillez préciser :</p>	
<p>6. La sécurité publique pourrait-elle se trouver compromise si ce professionnel de la pharmacie continue d'exercer au Nouveau-Brunswick? Dans l'affirmative, veuillez préciser :</p>	
<p>7. Croyez-vous que des conditions ou des restrictions devraient être imposées à la licence du professionnel de la pharmacie, des suites des incidents ou problèmes ayant mené à la présente déclaration? Dans l'affirmative, veuillez préciser :</p>	
<p>8. Croyez-vous que la licence du professionnel de la pharmacie devrait être suspendue ou révoquée des suites du ou des incidents/problèmes ayant mené à la présente déclaration?</p>	

9. Autres renseignements pertinents :	
10. Liste des documents à l'appui (par exemple : politiques, procédures, dossiers de patients, rapports, courriels, etc.), s'il y a lieu :	i. ii. iii. iv.

SIGNATURE

DATE

Avant de déposer ce Formulaire de signalement obligatoire, assurez-vous de :

- remplir toutes les sections applicables,
- fournir une copie des documents à l'appui (p. ex. politiques, procédures, dossiers de patients, rapports, courriels, etc.) et d'expliquer en quoi ceux-ci viennent étayer votre formulaire de signalement obligatoire, et
- conserver une copie de tous les documents pour vos dossiers.

Vous pouvez déposer ce Formulaire de signalement obligatoire et les documents à l'appui auprès du registraire par :

- courriel : info@nbpharmacists.ca
- télécopieur : 506-857-8838 – à l'attention du registraire
- envoi poste :
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick
À l'attention du registraire
686, boulevard St. George, bureau 200
Moncton (N.-B.)
E1C 2C6