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 PLAINTE

A. RENSEIGNEMENTS QUI VOUS CONCERNENT (PATIENT.E ET PLAIGNANT)

Prénom :	
Nom de famille :	
Je préfère qu'on m'appelle :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	
Adresse postale :	
Langue préférée pour communications :	☐ Français ☐ Anglais

B. SI LE/LA PATIENT.E NE REMPLIT PAS CE FORMULAIRE – RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI COMMUNIQUE AVEC L'ORDRE EN LEUR NOM

Prénom :	
Nom de famille :	
Je préfère qu'on m'appelle :	
Adresse courriel :	
Numéro de téléphone :	
Adresse postale :	
Langue préférée pour communications :	☐ Anglais ☐ Français
Relation avec le/la patient.e :	☐ conjoint.e/partenaire ☐ parent ☐ enfant ☐ frère ou sœur

	☐ autre : _____
Raison d'agir au nom du/de la patient.e :	☐ est un enfant mineur et je suis leur parent/tuteur ☐ n'a pas la capacité de consentir et j'agis en tant que leur représentant.e légalement autorisé.e ☐ est décédé.e et j'agis en tant qu'exécuteur ou administrateur de leur succession ☐ a fourni son consentement/autorisation écrit ☐ autre : _____
Document* légal qui vous autorise à agir au nom du/de la patient.e :	☐ Autorisation signée par le/la patient.e ☐ Procuration ☐ autre : _____ *** <u>Fournir une copie du document en question.</u>**

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

Nom de la pharmacie ou de l'inscrit en cause :	
Nom de la pharmacie où l'incident est survenu :	
Adresse où l'incident est survenu :	

D. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INCIDENT :

1. Date où l'incident est survenu :	
2. Détails de l'incident :	

3. Détails de l'impact avéré ou éventuel sur votre santé :	
4. Suggestion quant à la manière dont l'incident aurait pu être géré autrement :	
5. Détails des démarches que vous avez entreprises pour régler l'incident : (par exemple, discussions avec l'inscrit ou le gérant de la pharmacie, plainte à leur siège social, transfert à une autre pharmacie, etc.)	
6. Suggestion quant au règlement possible de cette plainte :	
7. Autres renseignements à considérer :	
8. Liste des documents à l'appui, le cas échéant : (par exemple, dossiers de patients, rapports, courriels, etc.)	1. 2. 3. 4. 5.

E. CONFIRMATION, CONSENTEMENT ET AUTORISATION

En complétant et soumettant ce Formulaire de plainte, je confirme, je consente à et j'autorise les déclarations suivantes :

1. l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (l'« Ordre ») fournira une copie de ce Formulaire de plainte et tous les documents à l'appui qui y ont été annexés à l'intimé nommé dans cette plainte (étant l'inscrit ou gérant 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 distribuées 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 de plainte, assurez-vous de :

- ☐ remplir toutes les sections,
- ☐ fournir des copies des documents à l'appui et d'expliquer comment ils soutiennent votre plainte,
- ☐ fournir une copie du document légal (autorisation, 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 leur nom, à moins que vous déposez la plainte par écrit au nom d'un.e patient.e mineur.e, et
- ☐ conserver une copie de tous les documents pour vos dossiers.

Vous pouvez déposer ce Formulaire de plainte et documents à l'appui par les moyens suivants :

- courriel : 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