



## Le Dossier Pharmaceutique (DP)

### Formulaire de demande de modification des droits à la création d'un DP – Médecin de l'hébergeur

Ce formulaire de demande est destiné à permettre au CNOP et à son hébergeur, sur demande d'un patient :

- d'empêcher la création de son DP pendant trente-six mois
- ou de permettre à nouveau la création de son DP

*(Uniquement pour le cas où le patient avait déjà manifesté via le même formulaire sa volonté d'empêcher la création de son DP)*

Ce formulaire est à retourner par courrier à cette adresse :

**Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens**  
Direction des Technologies en Santé  
4 avenue Ruysdaël  
TSA 90014  
75379 PARIS CEDEX 08

Ou par mail à : [dts@ordre.pharmacien.fr](mailto:dts@ordre.pharmacien.fr)

Nous vous remercions de bien vouloir **joindre à ce formulaire** la photocopie recto/verso de la pièce d'identité du bénéficiaire et, le cas échéant, de celle de son représentant légal.

Dans le **cas des mineurs**, merci de joindre également la copie du livret de famille ou de la décision de justice attribuant tout ou partie de l'autorité parentale.

Dans le **cas des majeurs sous tutelle**, merci de joindre la copie de la décision de justice attribuant la qualité de tuteur.

#### PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE

*Toutes les informations de ce formulaire sont obligatoires*

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qualité du bénéficiaire (assuré, conjoint, enfant...) : .....

Rang gémellaire (le cas échéant, sinon 1) : \_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ *(uniquement les 6 derniers chiffres + la clé)*

*(Si la personne concernée n'est pas l'assuré, ce sont les 8 derniers chiffres du numéro de sécurité sociale de l'assuré qui doivent être renseignés)*

Numéro de série de la carte Vitale : .....

*(selon la génération de carte Vitale, le numéro de série peut être indiqué sur le recto ou le verso de la carte)*

Adresse postale (le cas échéant adresse du responsable légal) : .....

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Adresse de messagerie (le cas échéant adresse de messagerie du responsable légal) : .....

#### **Type de demande :**

*(Un seul choix possible)*

Empêcher la création de mon DP

Permettre à nouveau la création de mon DP

*(Uniquement pour le cas où le patient avait déjà manifesté via le même formulaire sa volonté d'empêcher la création de son DP)*

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature :