

ATTESTATION DE CREATION D'UN DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Pour :

Nom et prénoms du (de la) patient(e) :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Je, soussigné(e) :

Pharmacie :

.....

déclare que :

1) J'ai remis à la personne désignée ci-dessus⁽¹⁾ la brochure d'information relative au Dossier pharmaceutique.

2) Elle reconnaît avoir pris connaissance de cette brochure et être informée de l'ensemble de ses droits.

3) J'ai recueilli son consentement pour qu'un Dossier pharmaceutique soit créé à son nom. Elle accepte que ce dossier soit hébergé par Santeos, désigné par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, conformément à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

4) J'ai créé pour elle ce Dossier et je lui ai remis un exemplaire de la présente attestation.

En cochant la case ci-après, je certifie l'exactitude de cette déclaration

Fait à :

Le (date) :

⁽¹⁾ ou, pour un mineur âgé de moins de 16 ans ou majeur sous tutelle, à son représentant légal, qui a justifié de son identité :

Nom et prénoms du représentant légal :

Qualité (père, mère, tuteur) :

Adresse, si elle est différente de celle du (de la) patient(e) :

.....