

**ATTESTATION
DE REFUS DE CONSULTATION
D'UN DOSSIER PHARMACEUTIQUE**

Pour :

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

Adresse :

.....

Je, soussigné(e) :

Pharmacie :

.....

déclare que :

1) La personne désignée ci-dessus⁽¹⁾ m'a fait connaître ce jour son opposition à ce que je consulte le Dossier pharmaceutique établi à son nom.

2) Je l'ai informée que cette décision ne me permettra pas d'effectuer une analyse pharmaceutique complète de ses traitements.

3) Je lui ai indiqué que son Dossier pharmaceutique mentionnera qu'elle a exercé son droit de refus de consultation.

4) 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) :

.....