



Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Formulaire de demande d'accès au DP – Médecin de l'hébergeur

Ce formulaire de demande d'accès au DP est destiné à permettre au CNOP et à son hébergeur, sur demande d'un patient, d'entamer une procédure d'accès aux informations contenues dans le DP via le médecin de l'hébergeur et selon le respect de la réglementation en vigueur.

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

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.

Vous pourrez obtenir communication de votre DP selon la modalité que vous choisirez ci-dessous :

- consultation sur place
- édition d'un duplicata remis en mains propres sur place
- édition d'un duplicata qui vous sera adressé à l'adresse indiquée ci-dessous

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 gemellaire (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 :

(plusieurs choix possibles)

Edition de l'accès aux traces d'intervention

Edition du contenu du DP

Date : ___/___/_____

Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont traitées par le CNOP et son hébergeur pour les besoins de ma demande de droit d'accès à mon Dossier pharmaceutique. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je bénéficie d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des informations me concernant recueillies sur ce formulaire de demande, que je peux exercer en m'adressant au CNOP - Direction des Technologies en Santé – TSA 900 14 – 4 avenue Ruysdaël – 75379 PARIS Cedex 8