

ATTESTATION DE REFUS D'ALIMENTATION D'UN DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Je, soussigné(e) : [Nom Pharmacien] [Prénom Pharmacien]
Pharmacie : [Nom Pharmacie]
[Adresse Pharmacie]
.....
Téléphone : [Téléphone]
Mail : [Mail]@.....

déclare que :

[Nom patient] [Prénom Patient]⁽¹⁾ m'a fait connaître son opposition à ce que j'inscrive dans le Dossier pharmaceutique établi à son nom certains médicaments que je lui ai délivrés ce jour.

Je l'ai informé(e) que cette décision ne me permettra pas d'assurer une analyse pharmaceutique complète de ses traitements et lui ai indiqué que son Dossier pharmaceutique portera pendant quatre mois la mention « dossier incomplet ».

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 : [Lieu]

Le (date) : [Date]

⁽¹⁾ ou, pour un mineur âgé de moins de 15 ans ou majeur sous tutelle, à son représentant légal, qui a justifié de son identité :

Nom et prénoms du représentant légal : [Nom Représentant légal] [Prénom Représentant légal]
Qualité (père, mère, tuteur) : [Qualité représentant légal]

Les données personnelles recueillies sur cette attestation sont traitées par cette pharmacie pour les besoins de sa gestion administrative et du suivi du patient. Celle-ci s'engage à respecter les principes de protection des données à caractère personnel conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée. Vous disposez ainsi d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez également demander une limitation ou vous opposer au traitement de vos données. Cette attestation sera conservée par votre pharmacien dans les conditions décrites dans le dépliant d'information relatif au Dossier Pharmaceutique.

Vous pouvez exercer ces droits en envoyant un courrier à l'adresse indiquée ci-dessus ou par email ou par téléphone.

Le CNOP assurant la mise en œuvre du dossier pharmaceutique, vous pouvez également exercer vos droits auprès de l'Ordre Direction des Technologies en Santé – 4 avenue Ruysdaël, TSA 90014, 75379 PARIS CEDEX 08 ou auprès de son Délégué à la protection des données à l'adresse dpo@ordre.pharmacien.fr ou au 01.81.69.47.43

Vous disposez également, le cas échéant, du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.