

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE TRANSFERT DE MON
DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Nom du résident: _____

Adresse : Jardins Montarville, 155 de Muy Boucherville

Nom de la pharmacie : Pharmacie Vincent Roy (Longueuil) inc.

Adresse : 3714 Taschereau, arr. Greenfield Park, Longueuil, Qc.

J'ai pris connaissance de l'offre de service offerte par la pharmacie nommée ci- haut et je consens à y transférer mes prescriptions. Cette décision ne m'a pas été imposée. Je demeure libre de changer de pharmacie à tout moment si je ne suis plus satisfait. Advenant ce cas, la présente autorisation ne sera plus valide.

Date : _____

Signature du résident: _____

(ou de son mandataire)

Signature du pharmacien : _____

(ou de son représentant)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA DIVULGATION DE
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CLINIQUES À UN TIERS

Nom du résident: _____

Adresse : Jardins Montarville, 155 de Muy Boucherville

Nom de la pharmacie : Pharmacie Vincent Roy (Longueuil) inc.

Adresse : 3714 Taschereau, arr. Greenfield Park, Longueuil, Qc.

Je consens à ce que tout renseignement de nature médicale soit échangé entre le pharmacien et le médecin ou tout autre professionnel de la santé impliqué lorsque ces échanges sont nécessaires afin d'assurer un usage sécuritaire de mes médicaments et un suivi efficace de mon traitement.

De plus, je consens à ce que des renseignements relatifs à mes médicaments soient échangés, si besoin est, avec le personnel de la résidence responsable de la distribution des médicaments, afin que je prenne mes médicaments de façon adéquate et sécuritaire.

Toute information sera traitée avec la plus grande confidentialité et seuls les renseignements jugés essentiels seront échangés, le cas échéant.

Cette décision ne m'a pas été imposée et cette autorisation est valide pour une période de

1 an à compter de la date de la signature de ce formulaire.

Date : _____

Signature du résident : _____

(ou de son mandataire)