

ATTESTATION D'INFORMATION ET DE RECUEIL DES CONSENTEMENTS AUPRES DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Coordonnées :

Dument habilité en qualité de :

En cochant cette case, j'atteste :

- Que j'ai informé le patient¹ sur les conditions et les modalités de la livraison des médicaments à son domicile, ainsi que sur ses droits selon lesquels il a le libre choix de son pharmacien d'officine, conformément aux conditions et modalités rappelées dans le document « Notice d'information à destination des patients ».
- Qu'au vu de la liste de pharmacies en capacité de réaliser cette livraison conformément aux exigences de proximité et aux règles de bonnes pratiques applicables à la dispensation et livraison de médicaments à domicile, le patient a sélectionné la pharmacie [Champ à compléter]
- Que le patient a autorisé l'échange et le partage des informations médicales strictement nécessaires à sa prise en charge entre l'équipe hospitalière, le(s) prestataire(s) à domicile et la pharmacie sélectionnée pour la livraison des médicaments, dans les conditions précisées dans la notice d'information que je lui ai remise.
- Que je suis dûment mandaté par le patient, qui m'a autorisé à détenir les documents nécessaires à sa prise en charge dont l'ordonnance originale et à enregistrer ses informations et documents dans le Logiciel dont est équipé la pharmacie pour l'activité de dispensation à domicile.

¹ Quand la personne n'est pas apte à donner son accord (mineurs / majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne), son représentant dûment habilité devra consentir en son nom.