

Suivi des soins pharmaceutiques - Formulaire de consentement -

Pour améliorer mon traitement, je soussigné(e),

.....
.....
..... (nom, prénom, adresse),

donne mon consentement pour :

- un accompagnement personnalisé (= suivi des soins pharmaceutiques);
- la constitution d'un Dossier de suivi des soins pharmaceutiques

par le pharmacien

.....
.....
..... (nom, prénom, adresse),

Il peut être mis fin à cette convention à tout moment.

Fait à (lieu), le .../.../..... (date) en deux
exemplaires (un pour le patient, un pour le pharmacien)

Signature du pharmacien

Signature du patient

.....

.....