

Suivi des soins pharmaceutiques - Formulaire de consentement -

Je, soussigné

(nom, prénom, adresse),

consens à faire l'objet d'un accompagnement personnalisé, appelé **Suivi des soins pharmaceutiques**, par le pharmacien

(nom, prénom, adresse),

afin d'améliorer mon traitement.

J'autorise le pharmacien titulaire, dans le cadre du suivi des soins pharmaceutiques, à constituer un **Dossier de suivi des soins pharmaceutiques**.

Dans le cadre du Suivi des soins pharmaceutiques, le pharmacien titulaire réalise la **Préparation de médication individuelle** pour mes médicaments et autres produits conformément à l'arrêté royal du 24 septembre 2012 établissant les règles relatives à la préparation de médication individuelle (par jour et par moment de prise).

Il est convenu que les médicaments seront préparés pour une durée de

dans le conditionnement de PMI prédéfini. Les conditionnements de PMI me seront délivrés
par le pharmacien.

Le jour de délivrance des conditionnements de PMI est

Le montant de cette prestation s'élève à

Ce montant pourra être adapté lors d'une hausse de l'index-santé. Le prix des matériaux de conditionnement est

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

Fait à _____, le

en (deux) trois exemplaires (un pour le patient, un pour le pharmacien (et un pour le médecin)).

Signatures

* Nom du pharmacien titulaire, responsable du traitement des données.

** La préparation de médication individuelle pour 30 jours n'est autorisée que durant une période de transition de 2 ans prenant cours le 01/12/2012.