

## **DOSSIER PHARMACEUTIQUE**

### **Formulaire de demande d'accès au DP Patient - Officine**

Ce formulaire est à remettre au  
pharmacien de votre choix.

Seul le titulaire du Dossier pharmaceutique dûment identifié peut demander un droit d'accès.

Pour les besoins de cette demande, le patient doit obligatoirement renseigner les informations demandées ci-dessous et justifier de son identité au moyen de la présentation d'un titre d'identité comportant la photographie du patient (carte d'identité, passeport, permis de conduire).

Si le patient souhaite que l'historique soit remis à un tiers, il devra aussi remplir le mandat type prévu à cet effet disponible sur le site de l'Ordre, et le remettre à la personne concernée avec sa carte Vitale et le présent formulaire dûment complété et signé. Le tiers devra justifier de sa propre identité. La copie du Dossier pharmaceutique sera remise à ce tiers sous pli fermé.

Je, soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

né(e)  
le .....à .....

Je souhaite faire valoir mon droit d'accès sur les éléments contenus dans le Dossier pharmaceutique me concernant.

J'ai bien pris note de ce que :

- la pharmacie à qui je remets ce formulaire est responsable du traitement de mes informations d'identité ainsi recueillies et destinées au traitement de ma demande de droit d'accès à mon Dossier pharmaceutique ;
- ce droit d'accès est strictement personnel et s'inscrit dans le strict respect du droit d'accès prévu par l'article 39 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- l'accès sera formalisé par la remise par le pharmacien de la version papier des quatre derniers mois d'historique relatif aux médicaments contenus dans le Dossier pharmaceutique qui me concerne ;
- les données qui font l'objet d'accès sont les informations relatives à l'identité du patient, les noms des médicaments délivrés, ainsi que les quantités et dates de dispensation, à l'exclusion de toute autre information ;

- le pharmacien est en droit de me demander de payer une somme qui ne peut excéder le coût de la reproduction ;
- à compter de la remise du Dossier pharmaceutique qui me concerne, je demeure seul responsable de son utilisation et de sa conservation ;
- conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, je bénéficie d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des informations me concernant recueillies sur ce formulaire de demande, que je peux exercer en m'adressant au pharmacien à qui j'ai remis mon formulaire.

Fait à ....., le.....