



Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Formulaire de demande d'accès au DP – Médecin de l'hébergeur

Ce formulaire de demande d'accès au DP est destiné à permettre au CNOP et à son hébergeur, sur demande d'un patient, d'entamer une procédure d'accès aux informations contenues dans le DP via le médecin de l'hébergeur et selon le respect de la réglementation en vigueur.

Ce formulaire est à retourner par courrier à cette adresse :

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

Direction des Technologies en Santé

4 avenue Ruysdaël

TSA 90014

75379 PARIS CEDEX 08

Ou par mail à : dts@ordre.pharmacien.fr

Nous vous remercions de bien vouloir **joindre à ce formulaire** la photocopie recto/verso de la pièce d'identité du bénéficiaire et, le cas échéant, de celle de son représentant légal.

Dans le **cas des mineurs**, merci de joindre également la copie du livret de famille ou de la décision de justice attribuant tout ou partie de l'autorité parentale.

Dans le **cas des majeurs sous tutelle**, merci de joindre la copie de la décision de justice attribuant la qualité de tuteur.

Vous pourrez obtenir communication de votre DP selon la modalité que vous choisirez ci-dessous :

- consultation sur place
- édition d'un duplicata remis en mains propres sur place
- édition d'un duplicata qui vous sera adressé à l'adresse indiquée ci-dessous

PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____

Qualité du bénéficiaire (assuré, conjoint, enfant...) :

Rang gemellaire (le cas échéant, sinon 1) : __

Numéro de sécurité sociale : _____ / _____ (uniquement les 6 derniers chiffres + la clé)

(Si la personne concernée n'est pas l'assuré, ce sont les 8 derniers chiffres du numéro de sécurité sociale de l'assuré qui doivent être renseignés)

Numéro de série de la carte Vitale :

(selon la génération de carte Vitale, le numéro de série peut être indiqué sur le recto ou le verso de la carte)

Adresse postale (le cas échéant adresse du responsable légal) :

.....

Code Postal : _____ Ville :

Adresse de messagerie (le cas échéant adresse de messagerie du responsable légal) :

.....

Type de demande :

(plusieurs choix possibles)

Edition de l'accès aux traces d'intervention

Edition du contenu du DP

Date : __/__/____

Signature :

Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont traitées par l'Ordre des pharmaciens (CNOP) pour les besoins de sa gestion administrative. Celui-ci s'engage à respecter les principes de protection des données à caractère personnel conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée. Vous disposez ainsi d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des informations qui vous concernent. Vous pouvez également demander une limitation ou vous opposer au traitement de vos données. Ce formulaire sera conservé par le CNOP durant 36 mois puis détruit. Vous pouvez exercer ces droits auprès du CNOP en envoyant un courrier à l'adresse : Ordre des Pharmaciens, Direction des Technologies en Santé – 4 avenue Ruysdaël, TSA 90014, 75379 PARIS CEDEX 08 ou auprès de son Délégué à la protection des données à l'adresse dpo@ordre.pharmacien.fr ou au 01.81.69.47.43

Vous disposez également, le cas échéant, du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.