



MOCLI60722

Installation : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT AU SERVICE DE PHARMACIE HÉBERGEMENT EN DÉPENDANCE

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa/mm/jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Le service de pharmacie proposé implique la prise en charge de ma médication par la pharmacie *Groupe Santé Cardinal* et par le personnel soignant pendant toute la durée mon séjour au CRD St-Philippe.

### DÉTAILS SUR LES MODALITÉS DU SERVICE

- Le médecin du CRD St-Philippe va prescrire votre médication régulière et ajouter au besoin des médicaments supplémentaires selon son évaluation pour votre sevrage ou autre condition médicale.
- Vos médicaments réguliers ainsi que ceux prescrits durant votre séjour seront servis par la pharmacie *Groupe Santé Cardinal*.
- L'ensemble des coûts de la médication durant votre séjour seront entièrement couverts par l'établissement.

### MOTIFS/BÉNÉFICES DU SERVICE PROPOSÉ

- Garantir la qualité du circuit du médicament.
- Faciliter le service de livraison dans les délais requis.
- Production d'une documentation uniforme et standardisée.
- Assurer la continuité des soins : disponibilité de la médication au moment opportun.
- Pour des raisons de sécurité, seule la médication scellée et remise par une pharmacie peut être dispensée en cours de séjour. Tout médicament en votre possession à votre arrivée sera consigné et remis à la fin de séjour.

### ALTERNATIVE

Il est possible d'effectuer vous-même une démarche avec votre pharmacie plutôt qu'avec la pharmacie *Groupe Santé Cardinal* aux conditions suivantes :

- La médication devra être scellée, remise par la pharmacie et livrée au CRD de St-Philippe.
- Les frais de préparation et de livraison au CRD de St-Philippe seront à votre charge, et ce, tant pour votre médication habituelle que pour la médication prescrite en cours de séjour.

### CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

- ☐ J'ai pris connaissance du service de pharmacie proposé, des modalités, des motifs et bénéfices du service et de l'alternative proposée.
- ☐ J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires pour mieux comprendre les conséquences de mon consentement.
- ☐ J'ai été informé de mon droit de refuser ou de retirer mon consentement à tout moment, en avisant verbalement un membre de l'équipe traitante.
- ☐ J'ai pu exprimer les préférences ou les réserves en lien avec mon consentement. Spécifier : \_\_\_\_\_

☐ Je consens au service de pharmacie proposé avec la pharmacie *Groupe Santé Cardinal*.

☐ Je choisis d'effectuer moi-même les démarches avec ma pharmacie et accepte les conditions associées au choix de cette alternative.

☐ Consentement verbal de l'utilisateur obtenu.

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Signature de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Signature et titre de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj