

## 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

**1 semaine / 2 semaines / 30 jours \*\* / ...**

dans le conditionnement de PMI prédéfini. Les conditionnements de PMI me seront délivrés **à la pharmacie / à mon domicile** par le pharmacien.

Le jour de délivrance des conditionnements de PMI est

Le montant de cette prestation s'élève à **euro par semaine / 2 semaines / 30 jours / ...**

Ce montant pourra être adapté lors d'une hausse de l'index-santé. Le prix des matériaux de conditionnement est **compris dans ce prix / à ajouter à ce prix et s'élève à euro**

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.