

Mme/ M. _____

Année de naissance : _____

Adresse : _____

Engagement Personnel

Dans le cadre de mon traitement avec des médicaments psychotropes des tableaux A et B soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants, je m'engage à respecter les prescriptions médicales du Dr _____, seul médecin responsable de ma prise en charge médicale et de son suivi pour ce traitement.

Je m'engage à acquérir les médicaments psychotropes prescrits par le Dr _____ auprès de la seule pharmacie _____ et accepte que mes ordonnances soient transmises directement du cabinet médical à la pharmacie.

Date : _____

Lieu : _____

Signature : _____

En cas de modification, j'en informerai toutes les parties concernées.

Levées du secret médical et du secret de fonction

Dans le but d'assurer un suivi et une compliance optimum du traitement prescrit, j'autorise le Dr _____, et la/le pharmacien de la pharmacie _____ à échanger entre eux toute information jugée utile pour le suivi de mon traitement et à les transmettre au pharmacien cantonal neuchâtelois.

J'autorise le-la pharmacien-ne cantonal-e neuchâtelois à communiquer mon engagement personnel à toutes les pharmacies du canton et à toutes les pharmacies d'autres cantons si nécessaire.

En cas de modification, j'en informerai toutes les parties concernées.

Date : _____

Lieu : _____

Signature : _____

Liste de distribution :

Pharmacie désignée ;
Médecin prescripteur ;
Pharmacien cantonal.

Document à retourner au service de la santé publique à l'adresse mail suivante :
davina.montefusco@ne.ch