

Dossier pharmaceutique

OBJET DU FORMULAIRE

Le présent formulaire vous permet d'exercer votre droit d'accès au contenu de votre dossier pharmaceutique.

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rang gémellaire (le cas échéant sinon 1) :

(uniquement dans le cas de naissances multiples)

Numéro de sécurité sociale :

(uniquement les 6 derniers chiffres + la clé sur 2 chiffres)

Numéro de série de la carte Vitale :

Où trouver le numéro de série de la carte Vitale ?

• Carte Vitale sans photo : au verso

• Carte Vitale 2 avec photo : au recto

VOS COORDONNÉES

Adresse de messagerie

(le cas échéant adresse du responsable légal) :

Adresse postale

(le cas échéant adresse du responsable légal) :

Code postal :

Ville :

VOTRE DEMANDE

Je souhaite accéder à toutes les informations contenues dans mon DP :

- mon historique médicamenteux (3 ans pour les médicaments, 5 ans pour les médicaments biologiques et 23 ans pour les vaccins)
- mes identités et coordonnées
- toutes les traces des actions réalisées sur mon DP, quel que soit l'officine ou l'établissement à l'origine de celles-ci

NOS COORDONNÉES

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

VOS PIÈCES JOINTES

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 personnes mineures ou des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection, nous vous remercions de joindre également la copie du livret de famille ou de la décision de justice attribuant tout ou partie de l'autorité parentale ou la copie de la décision de justice attribuant la qualité de tuteur.

VALIDATION ET SIGNATURE :

DATE :

SIGNATURE :

Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont traitées par le Conseil de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) responsable du traitement du Dossier pharmaceutique pour les besoins de sa gestion et destinées aux seuls personnels du CNOP habilités. 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 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.

