



## **Accord du patient**

Le patient....., domicilié ....., est informé de :

L'utilisation, par la pharmacie de l'Onyx, d'un système sécurisé automatisé de préparation des doses à administrer.

La pharmacie sus nommée utilise un automate de reconditionnement des médicaments de formes orales sèches qui propose une solution permettant, la traçabilité, et assure le suivi individualisé du patient en EHPAD ; de la réception de la prescription jusqu'à la distribution du médicament, en intégrant la préparation des doses éventuelle des doses à administrer, et sécurise ainsi l'administration des médicaments au patient à son domicile.

Dans le cadre de ce service effectué par la pharmacie.....les prescriptions font l'objet d'un traitement informatique.

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, le patient ou son représentant bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Il doit s'adresser au pharmacien dispensateur.

Compte tenu des informations qui précèdent, le patient ou son représentant déclare:

- Accepter la dispensation de tout médicament par la pharmacie de l'Onyx
- Souhaite bénéficier de la préparation éventuelle des doses à administrer
- Demande la destruction des médicaments non utilisés, à l'officine.

A ..... le .....

En 2 exemplaires.

Pour le résident ou son représentant.

Nom et prénom, lien de parenté :

Signature :

**PHARMACIE DE L'ONYX**  
**11, Boulevard Paul Doumer,**  
**Le Cannet.06110.**  
**Tel : 04 93 94 75 06/ Fax : 04 93 46 88 52**  
**Email : [pharmaciedelonix@orange.fr](mailto:pharmaciedelonix@orange.fr)**