

Fiche de participation Expérimentation URPS Pharmaciens PACA

Je soussigné(e),

€J'accepte de participer au(x) programme(s) **expérimental(aux) proposé par l'URPS Pharmaciens PACA** coordonné(s) par le Dr Felicia Ferrera au sein de l'URPS Pharmaciens PACA, conformément au(x) formation(s) méthodes et techniques d'accompagnement du patient présentée dans le(s) guide(s) mis à ma disposition.

€Je suis d'accord pour que mon **Nom** et celui de ma **Pharmacie** apparaissent sur le site de l'URPS Pharmaciens PACA dans la liste des pharmacies participantes aux expérimentations et accessibles à tous publics.

€Je m'engage à suivre le patient selon la méthode proposée. Je m'engage à suivre les formations pré-requises.

€Je m'engage à mettre les informations concernant les soins pharmaceutiques dispensés dans ce cadre à la disposition des évaluateurs de(s) (l')expérimentation(s).

€Je m'engage à répondre aux questions de l'évaluateur dans le cadre du reporting de l'expérimentation.

€Je suis d'accord pour que les évaluateurs utilisent le témoignage de mes actions, organisation et résultats dans le cadre de publications destinées à promouvoir le rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins des patients.

Fait à.....

Le.....

Signature et tampon de la Pharmacie

Renseignements obligatoires	
Mail de la pharmacie	
Téléphone portable	
Téléphone de la pharmacie	