

**BULLETIN D'ADHESION AU DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS SOUS  
TRAITEMENT ANTIVITAMINE K ET DE DESIGNATION  
DE LA PHARMACIE EN CHARGE DE L'ACCOMPAGNEMENT**

-----

Merci de bien vouloir compléter ce bulletin en deux exemplaires, en majuscules et au stylo à bille, et les signer. Le pharmacien tient son exemplaire à la disposition du service du contrôle médical.

Le pharmacien désigné et l'adhérent conservent respectivement leur exemplaire original du bulletin d'adhésion.

**OUI**, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement antivitaminé K proposé par le pharmacien ci-dessous désigné

**NON**, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement antivitaminé K

**Identification de l'adhérent :**

- Nom et Prénom :
- Date de naissance :
- N° d'Immatriculation :
- Régime d'affiliation (*code figurant sur la carte Vitale ou l'attestation papier*) :
- Adresse :

**Identification de la pharmacie et du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :**

- Nom de la pharmacie :
- Adresse :
- N° d'identification Assurance Maladie :
- Nom du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement <sup>1</sup> :

L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui (rayer la mention inutile) :   **OUI**                    **NON**

**Nom du médecin traitant :**

**Nom du médecin prescripteur si différent :**

L'adhérent ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante. Toute nouvelle adhésion auprès d'un pharmacien rend caduque l'adhésion précédente.

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement<sup>2</sup>.

Fait le,

Signature de l'adhérent

Nom du pharmacien titulaire

Signature et cachet de la pharmacie

---

<sup>1</sup> En cas d'absence du pharmacien initialement désigné, l'accompagnement sera assuré par un pharmacien de l'officine

<sup>2</sup> La mise en oeuvre de cet accompagnement peut nécessiter le traitement de données à caractère personnel concernant l'assuré. Conformément à la loi Informatique et Libertés, il dispose d'un droit d'accès et de rectification à ces données ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du médecin chef de l'échelon local du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie et du pharmacien qu'il a désigné.

Le refus de participer à l'accompagnement proposé par le pharmacien n'a aucune conséquence sur les remboursements de l'assuré.