



CLINIQUE DE PRISE EN CHARGE SUR RECOMMANDATION  
**ACCORD RELATIF À LA PHARMACIE**

**Clinique de prise en charge sur recommandation – Yukon**

210, rue Elliott

C.P. 2703 – H-2RCC, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Téléphone : 867-668-2552 • Télécopieur : 867-668-2565

{Apposer l'étiquette d'identification du patient ici}

Je soussigné<sup>1</sup>, \_\_\_\_\_ comprends que je reçois des médicaments prescrits par :  
\_\_\_\_\_ médecin à la Clinique de prise en charge sur recommandation (Yukon)

**ou** \_\_\_\_\_ infirmière praticienne à ladite Clinique.

J'accepte les conditions ci-dessous selon lesquelles les médicaments sont prescrits :

Seule \_\_\_\_\_ me fournira tous mes médicaments d'ordonnance.  
NOM DE LA PHARMACIE

Je ne me procurerai pas de médicaments dans une autre pharmacie.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou de l'infirmière

Le présent accord relatif à la pharmacie sera valide du AAAA/MM/JJ au AAAA/MM/JJ.