



Michael Khazaka Pharmacien Inc.
201-2 rue Saint-Michel, Vaudreuil-Dorion, QC, J7V1E7
Tél.: 450-424-1530, Téléc.: 450-859-3481

Formulaire de consentement pour la révision et l'optimisation de mes médicaments

Informations sur le patient :

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone : _____

Consentement pour la révision et l'optimisation de mes médicaments :

Je, soussigné(e), consens à la révision et à l'optimisation de mes médicaments par Michael Khazaka Pharmacien Inc. Je comprends que cela peut inclure des revues régulières de mes médicaments, des ajustements de posologie, des recommandations d'alternatives médicamenteuses, et d'autres interventions visant à améliorer l'efficacité et la sécurité de mes traitements, toujours avec mon accord.

Consentement pour la communication avec les professionnels de la santé :

1. **Partage d'informations** : Autorisation de partager des informations médicales pertinentes avec les professionnels de la santé qui participent à mes soins y compris les résultats de la révision et l'optimisation de mes médicaments.
2. **Demande de renseignements** : Autorisation pour les professionnels de la santé qui participent à mes soins de fournir des informations supplémentaires pour soutenir la révision et l'optimisation de mes médicaments.

Droit de retrait :

Ce consentement est valide pendant 2 ans, sous réserve de retrait du consentement avant l'échéance.

Signature du patient : _____

Date : _____

Veillez envoyer le formulaire rempli à l'adresse courriel suivant: michaelkhazaka@mkpharminc.com

*si vous avez des assurances privées pour médicaments, veuillez nous envoyer une photo de la carte



Michael Khazaka Pharmacien Inc.
201-2 rue Saint-Michel, Vaudreuil-Dorion, QC, J7V1E7
Tél.: 450-424-1530, Téléc.: 450-859-3481

Consent form for the revision and optimisation of my medications

Patient information:

Patient name : _____

Date of birth : _____

Phone number : _____

Consent for the revision and optimisation of my medications:

I, the patient, consent to the revision and optimisation of my medications by Michael Khazaka Pharmacien Inc. I understand that this could include regular medication reviews, dosage adjustments, recommendations for alternative medications, and other interventions aiming to improve the effectiveness and safety of my treatments, always with my approval.

Consent for communications with health professionals:

1. **Information sharing:** Authorisation to share pertinent medical information with the health professionals involved in my care including the results of the revision and optimisation of my medications.
2. **Information requests:** Authorisation for the health professionals involved in my care to provide additional information to aid in the revision and optimisation of my medications.

Right to withdraw :

This consent is valid for 2 years, unless the consent is withdrawn before the term.

Patient's signature : _____

Date : _____

Please send the completed form to the following e-mail: michaelkhazaka@mkpharminc.com

*if you have private insurance for medications, please send us a picture of the card