

Veuillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au **506-867-4872** ou au **1-888-455-8322**.

Les formulaires incomplets seront renvoyés afin que les renseignements manquants soient fournis.

Si aucune adresse postale ni aucun numéro de télécopieur n'est fourni, nous ne serons pas en mesure d'envoyer une réponse.

À l'usage des Services correctionnels uniquement.

Section 1 – Renseignements sur le/la demandeur(euse)

Prénom	
Nom de famille	
Établissement correctionnel provincial (sélectionnez un choix)	
<input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional de Dalhousie <input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional de Madawaska <input type="checkbox"/> Centre correctionnel de Femmes du N.-B. <input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional de Saint John <input type="checkbox"/> Centre correctionnel régional du Sud-Est	
Téléphone	Télécopieur

Section 2 – Renseignements sur le/la patient(e)

Prénom																			
Nom de famille																			
No d'identification du Système d'information sur la clientèle																			
<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Numéro d'assurance-maladie (le cas échéant)																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)																			

Section 3 – Médicament demandé

<input type="checkbox"/> Bupropion	150 mg deux fois par jour. Un maximum de 168 comprimés additionnels sera permis annuellement.
------------------------------------	---

Section 4 – Renseignements thérapeutiques

Comprimés supplémentaires de Bupropion	
i. Il est très probable que la personne cesse de fumer à l'aide d'une thérapie additionnelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ii. Précisez le nombre de cigarettes fumées chaque jour avant la thérapie au bupropion : _____	
iii. Précisez le nombre de cigarettes actuellement fumées chaque jour : _____	

Section 5 – Signature du demandeur ou de la demandeuse

Signature	Numéro de permis ou d'immatriculation	Date (JJ/MM/AAAA)
-----------	---------------------------------------	-------------------

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments sur ordonnance et médicaments onéreux* ou de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*. Ils seront utilisés et divulgués aux fins de l'administration des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick (Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et Régime médicaments du Nouveau-Brunswick). Ils peuvent être utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.