

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**

<b>Comprimés supplémentaires de Bupropion</b>	
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*.