



The Pharmacy Examining Board of Canada

Le Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada

CERTIFICAT MÉDICAL DU CANDIDAT

LE CANDIDAT DOIT REMPLIR CETTE PARTIE :

Nom du candidat [caractères d'imprimerie] : _____ N° d'identif. BEPC : _____

Par la présente, j'autorise le médecin/l'infirmière praticienne mentionné(e) ci-dessous à fournir les renseignements suivants au Bureau des examinateurs en pharmacie du Canada (BEPC) et, s'il y a lieu, toute information supplémentaire en lien avec mon désistement de l'examen le [date(s)] _____.

Signature du candidat

Date

LE MÉDECIN/L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE DOIT REMPLIR CETTE PARTIE :

Par la présente, j'atteste avoir fourni des services de santé à _____ en date du (des) _____ dernier(s). Je fournis les renseignements suivants, en lien avec cette période de soins, à fin d'utilisation par le BEPC qui évaluera la recevabilité des motifs particuliers invoqués par le candidat pour justifier son désistement de l'examen.

1. Nature du problème de santé :

(Si le candidat ne vous a pas autorisé à divulguer la nature d'un problème très personnel ou délicat, mais vous a permis de divulguer d'autres renseignements pertinents, répondez aux questions 2-5 le plus complètement possible.)

2. Est-ce un problème aigu ou chronique chez le candidat?

3. Date d'apparition du problème aigu (ou exacerbation aiguë, si le problème est chronique)?

4. Chronologie du problème et de son traitement :

5. Selon vous, comment le problème et/ou son traitement ont-ils affecté la capacité du candidat à se présenter à l'examen du BEPC et à le passer?

MÉDECIN/INFIRMIÈRE DÉLIVRANT L'ATTESTATION :

Nom [caractères d'imprimerie]

Numéro de permis

Signature

Adresse [acceptable : cachet, carte de visite ou en-tête de lettre]

Téléphone

Date

Veillez remettre au patient le formulaire original dûment rempli et en conserver une copie pour le dossier du patient.
REMARQUE : Si des frais sont demandés pour remplir le présent formulaire, ils doivent être payés par le patient.