

DOCUMENT MÉDICAL AUTORISANT L'USAGE DE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES EN VERTU DU RÈGLEMENT SUR L'ACCÈS AU CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

(Tous les champs sont requis sauf avis contraire)

Le présent Document Médical doit être complété par le praticien en soins de santé autorisé tel que défini par Santé Canada dans le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Un praticien en soins de santé autorisé inclut les médecins de toutes les provinces et de tous les territoires ainsi que les infirmiers praticiens de toutes les provinces et de tous les territoires où la prescription du cannabis séché à des fins médicales est permise dans le cadre de leur pratique.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT		
NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :	
TÉLÉPHONE :	DATE DE NAISSANCE (J/M/A) : ____/____/____	
RENSEIGNEMENTS DU PRATICIEN EN SOINS DE SANTÉ (MÉDECIN OU INFIRMIER PRATICIEN)		
NOM DE FAMILLE DU PRATICIEN :	PRÉNOM DU PRATICIEN :	
PROFESSION :	N° DE(S) LICENCE(S) :	
JE SUIS AUTORISÉ À PRATIQUER DANS LA (LES) PROVINCE(S) SUIVANTE(S) :		
ADRESSE PROFESSIONNELLE :		
TÉLÉPHONE :	TÉLÉCOPIEUR :	COURRIEL :
ADRESSE OÙ LE PATIENT A CONSULTÉ LE PRATICIEN EN SOINS DE SANTÉ (SI DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE) :		
AUTORISATION		
QUANTITÉ DE CANNABIS SÉCHÉ PRESCRITE POUR LE (LA) PATIENT(E) SUSMENTIONNÉ(E) À CONSOMMER QUOTIDIENNEMENT : ____ GRAMMES/ JOUR		
POUR LA PÉRIODE D'UTILISATION SUIVANTE : ____ JOUR(S) ____ SEMAINE(S) ____ MOIS (NE PEUT EXCÉDER UN AN).		
Remarque: Détermine la quantité maximale qu'un patient peut se procurer. Tous les produits de cannabis médical (huiles, gélules, vaporisateurs oraux, etc.) sont quantifiés en équivalence de grammes.		
DIAGNOSTIC OU RAISON DE LA DEMANDE (requis si la facturation directe sera soumise aux Anciens Combattants Canada) :		
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SIGNATURE Lorsqu'il signe ce document, le praticien de la santé atteste que les renseignements qui y figurent sont exacts et complets.</p> </div> </div>	DATE (J/M/A) : ____/____/____	

* L'original de ce document doit parvenir à Solution Cannabis Médical une fois complété, par la poste ou en main propre. Il est également possible d'envoyer une copie de celui-ci par télécopieur en provenance de l'adresse professionnelle du praticien en soins de santé.

INITIALES

Initiales du praticien en soins de santé pour permettre à Solution Cannabis Médical d'envoyer le Document Médical au producteur autorisé par télécopieur et / ou si ce Document Médical est soumis à Solution Cannabis Médical par télécopieur.

Je, praticien en soins de santé pour le (la) patient(e) susmentionné(e), choisis de soumettre l'original de ce Document Médical par télécopieur au numéro inscrit dans l'entête. Je reconnais que le Document Médical envoyé par télécopie devient maintenant l'original et que celui en ma possession est désormais une copie, retenu à des fins de tenue de dossiers seulement.