



## Document Médical

## Medical Document

### Renseignements sur le patient / Patient Information

Prénom / First Name

Nom de famille / Last Name

Date de naissance / Date of Birth

Téléphone ( )

Cellulaire / Cell ( )

Courriel / Email

### Ordonnance / Prescription

Quantité quotidienne de cannabis séché  
Daily quantity of dried cannabis:

Grammes / grams

La consultation à eu lieu a l'adresse suivante

The consultation took place at the business address:

Période d'usage / Period of Use:

Mois / Months

### Instructions spécifiques

Notes

Sauf si autrement indiqué ci-dessus, ce patient est autorisé pour tous les produits de cannabis en vertu de cette prescription.  
Unless otherwise indicated above, this patient is authorized for all cannabis products in accordance with this prescription.

### Déclaration / Declaration

J'atteste que les renseignements qui y figurent sont exacts et complets.  
I attest that the information contained herein is correct and complete.

No. de permis / License no.

Québec

Date JJ / MM / AAAA

Dr(e)

Signature

Je choisis d'envoyer ce Document Médical à \_\_\_\_\_  
par télécopieur sécurisé conformément aux directives du Collège des  
médecins du Québec sur les signatures électroniques. Je reconnais  
que le Document Médical reçu est maintenant l'original et que j'ai  
conservé une copie pour mes dossiers seulement.

I choose to send this Medical Document to \_\_\_\_\_  
via secure fax in accordance with the Collège des Médecins du Québec  
guidelines for Electronic Signatures. I acknowledge that the received  
medical document is now the original document and I have retained  
a copy for office records only.