



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 / SPECIFIC INSTRUCTIONS

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.