

MODALITÉS ET CONDITIONS

Bienvenue et merci de vous joindre à nous! Avant votre première visite chez Santé Cannabis, il y a quelques points clés à comprendre sur notre clinique et notre programme de cannabis médical.

1. Santé Cannabis est une clinique médicale dédiée au cannabis médical. Elle comporte une équipe de médecins, d'infirmières et de personnel de soutien très expérimentés dans ce domaine. Notre objectif primaire est de soutenir les patients dans leur parcours. Par conséquent, nous avons mis en place des politiques qui nous permettent d'atteindre ce but. Si les services et conditions de notre programme ne correspondent pas à vos besoins, veuillez-nous en informer.
2. Santé Cannabis sert également de clinique de recherche et d'enseignement. Notre objectif est d'informer les médecins et autres professionnels de la santé sur l'utilisation clinique du cannabis médical. À cette fin, nous recueillons des données sur l'expérience des patients en lien avec le cannabis médical. Un professionnel de la santé en formation pourrait également assister à votre rendez-vous.
3. Santé Cannabis reçoit des subventions de soutien à l'éducation de la part de certains vendeurs autorisés de cannabis médical. Une liste ces organisations est disponible dans nos cliniques sur demande.
4. Tous les rendez-vous à Santé Cannabis sont sans frais pour les patients qui possèdent une carte d'assurance maladie valide. Celle-ci doit être présentée à la clinique à chaque rendez-vous. Des frais sont facturés pour : l'absence d'une carte d'assurance maladie valide, les rendez-vous manqués, les annulations à moins de 24 heures d'avance et certains services non assurés (demande de formulaire d'assurance à compléter ou demande de permis de production personnelle).
5. Santé Cannabis enregistre vos données personnelles et médicales afin d'évaluer pleinement votre état de santé et suivre l'évolution de votre traitement. Vos informations sont confidentielles et protégées par la loi. Vous avez le droit d'accéder, de rectifier ou d'annuler l'accès à vos informations à tout moment en envoyant un courriel à Santé Cannabis à l'adresse suivante : info@santecannabis.ca. Santé Cannabis peut discuter de vos informations personnelles, les partager dans un contexte médical (communication avec votre médecin) ou dans des circonstances prévues par la loi (ordonnance du tribunal).
6. Toute autre divulgation de vos informations personnelles et confidentielles à un tiers ne sera possible qu'après une autorisation examinée et signée par vous et avec l'accord de Santé Cannabis.
7. Conservez votre cannabis médical dans un endroit sécuritaire, hors de portée des enfants et des animaux domestiques. Les traitements recommandés, dans le cadre du programme de Santé Cannabis, sont pour vous et vous seul. Ne partagez pas votre cannabis médical avec d'autres personnes, car cela pourrait leur causer des effets nocifs.
8. Santé Cannabis ne fournit et ne vend pas de cannabis ou de cannabinoïdes à des fins médicales. L'approvisionnement de ces derniers doit se faire uniquement auprès de vendeurs autorisés par Santé Canada. Suite à une prescription de cannabis ou de cannabinoïdes et si vous en avez besoin, vous bénéficierez de l'aide de notre personnel de soutien pour effectuer votre enregistrement auprès d'un vendeur autorisé

9. Les médecins de Santé Cannabis n'envisageront de soutenir la demande de production personnelle ou désignée de cannabis médical que dans des conditions strictes et limitées.
10. Tous les patients de Santé Cannabis sont responsables de s'informer sur les lois sur la possession, l'utilisation, la vente, l'achat ou la distribution du cannabis médical. Puisqu'il est illégal de voyager à l'étranger avec du cannabis médical, les patients doivent informer leur médecin de Santé Cannabis de tout projet de voyage international.

ACCORD DE TRAITEMENT

Afin de participer à notre programme de cannabis médical, nous devons nous mettre d'accord sur quelques points clés. En signant la page suivante, vous reconnaissez ce qui suit :

1. Je comprends que Santé Cannabis est une clinique dédiée au cannabis médical et je demande mon enregistrement au programme canadien de cannabis médical.
2. J'autorise l'entrée et l'enregistrement de mes données personnelles auprès de Santé Cannabis dans le but de gérer confidentiellement mon dossier médical conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et aux autres lois pertinentes.
3. Je suis conscient que le médecin de Santé Cannabis s'occupe de mes soins médicaux liés au cannabis médical et ne s'impose, en aucun cas, comme médecin traitant.
4. J'autorise le personnel et le médecin de Santé Cannabis à communiquer avec mon médecin référent, mon médecin traitant ou aidant naturel admissible, à propos de mon traitement de cannabis médical ou s'ils estiment que ma santé (physique ou mentale) est menacée.
5. J'autorise la communication de mes renseignements médicaux confidentiels et de mon Dossier Santé Québec (DSQ) à Santé Cannabis aux fins d'évaluation de mon état de santé.
6. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de veiller à l'exactitude des informations médicales que je partage avec les professionnels de Santé Cannabis, afin de permettre une évaluation juste de mon état de santé.
7. Après évaluation appropriée de mon état de santé par un médecin de Santé Cannabis, j'accepte que ce dernier complète un document médical, afin que je puisse légalement utiliser le cannabis à des fins médicales en vertu de la réglementation fédérale relative à l'accès au cannabis médical, dans le cadre de la loi sur le cannabis. Je consens à ne pas demander un tel document à plus d'un médecin.
8. J'accepte de me présenter à mon premier rendez-vous et à mes visites de suivies chez Santé Cannabis comme recommandé par le médecin de Santé Cannabis, jusqu'à ce qu'il soit déterminé que mon traitement est stable. Mon dossier sera ensuite transféré à mon médecin référent ou traitant, qui assurera la continuation de mes suivis pour mon traitement de cannabis médical.

9. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de veiller à ce que mon rendez-vous de suivi pour renouvellement soit fixé au moins un mois avant la date d'expiration de mon document médical.
10. J'accepte d'utiliser le cannabis médical en respectant les indications et instructions suggérées par l'équipe d'infirmières et de médecins de Santé Cannabis, telles que mentionnées dans mon plan de traitement.
11. Je comprends que le cannabis peut interagir ou modifier l'action recherchée de certains médicaments, ainsi que d'autres substances (notamment l'alcool, sédatifs et somnifères). Par conséquent, je m'engage à informer le médecin de Santé Cannabis de toute substance et de tout médicament que j'utilise.
12. Je suis conscient que le cannabis médical est un traitement non reconnu et qu'il n'a pas été approuvé en tant que médication ou médicament d'ordonnance au Canada.
13. Je suis conscient des risques et des avertissements associés à l'utilisation de cannabis à des fins médicales, y compris les effets secondaires potentiels (notamment l'altération de l'état mental). J'accepte de signaler tout effet secondaire, toute préoccupation ou tout changement inattendu de mon état de santé au médecin de Santé Cannabis.
14. Je suis conscient que le cannabis peut altérer ma coordination motrice. Comme le recommande le gouvernement du Canada, j'accepte de ne pas conduire un véhicule ou d'accomplir certaines activités qui pourraient compromettre ma sécurité, pendant au moins six (6) heures suivant l'utilisation de cannabis ou aussi longtemps que je ressens des effets persistants.
15. Je suis conscient que la consommation de cannabis est déconseillée pendant la grossesse et l'allaitement. Je m'engage à informer le médecin de Santé Cannabis si je suis enceinte ou si je prévois le devenir.
16. Je suis conscient que fumer comporte des risques et peut entraîner des complications médicales liées au système respiratoire.
17. Je suis conscient que le cannabis peut être l'objet d'abus et d'une mauvaise utilisation. J'accepte d'informer le professionnel de Santé Cannabis si je pense que le cannabis perturbe certains aspects de ma vie.
18. Je suis conscient que le médecin de Santé Cannabis peut interrompre mon traitement, s'il estime que ma santé physique ou mentale est menacée.
19. Je comprends que toute violation des termes de cet accord peut entraîner la résiliation de mon document médical et de mon statut de patient de Santé Cannabis.

Je (prénom et nom), _____, a lu et compris les termes de cet Accord de Traitement ainsi que les Modalités et Conditions de Santé Cannabis et j'accepte de les respecter.

Signature: _____ **Signature Date:** _____