

DOCUMENT MÉDICAL MEDICAL DOCUMENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA PATIENT-E / PATIENT INFORMATION

Prénom/First Name:	Nom de famille/Last Name:
Date de naissance/Date of Birth:	Téléphone/Phone:
Pronoms : Il/He Elle/She Iel/They Autre/Other:	Courriel/Email:
Adresse/Address:	
Dossier CNEST/CNEST file #:	Assureur privé/Private Insurer:
Notes :	No. VAC/VAC File #:

Si applicable/
If applicable:

ORDONNANCE DE CANNABIS SÉCHÉ OU ÉQUIVALENT / PRESCRIPTION FOR DRIED CANNABIS OR EQUIVALENT

Quantité journalière (grammes)/Daily quantity (Grams): _____ **Période (mois)/Period of use (Months):** _____ **ou (jours)/or (Days):** _____

Je choisis d'envoyer ce document médical à/I choose to send this Medical Document to _____
 (vendeur autorisé)/(Licensed Seller) ou à Santé Canada/or to Health Canada

par télécopieur sécurisé, conformément aux lignes directrices sur les signatures électroniques. Je reconnais que le document médical reçu est maintenant le document original et que j'en ai conservé une copie pour mes dossiers professionnels seulement/via secure fax in accordance with the 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.

Cette ordonnance peut uniquement être exécutée par le vendeur autorisé par Santé Canada indiqué ci-dessus, conformément à la loi sur le cannabis./This prescription may only be filled by the above Licensed Seller authorized by Health Canada in accordance with the Cannabis Act.

INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES / SPECIFIC INSTRUCTIONS

Produit(s) recommandé(s)/Recommended product(s):	Restriction(s) :
1: _____	_____
2: _____	_____
3: _____	_____
Autres instructions/Other Instructions:	

Si applicable/
If applicable:

Sauf contrairement indiqué ci dessus, ce ou cette patient-e est autorisé-e à se procurer tous les produits à base de cannabis conformément à la présente ordonnance./Unless otherwise indicated above, this patient is authorized for all cannabis products in accordance with this prescription.

DÉCLARATION / DECLARATION *J'atteste que les renseignements contenus dans ce document sont exacts et complets. I attest that the information contained herein is correct and complete.*

Nom/Name:	La consultation a eu lieu à l'adresse professionnelle suivante/ The consultation took place at the business address:
Licence # :	Province :
Signature :	ÉTAMPE/STAMP
Date :	Adresse/Address:
Courriel/Email:	Ville/City: _____ Province : _____
	Code postal/Postal Code: _____
	Téléphone/Phone: _____ Fax : _____

Cochez si vous êtes intéressé-e par des formations sur le cannabis et le cannabis médical (SVP ajouter votre courriel ci-dessus).
 Check here if interested to learn about cannabis and medical cannabis training opportunities (Please add email above).