

# FORMULAIRE DOCUMENT MÉDICAL

(À faire remplir par votre professionnel de la santé)



| INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ |  |           |  |          |
|-------------------------------------------|--|-----------|--|----------|
| Prénom et Nom                             |  |           |  |          |
| Titre                                     |  |           |  |          |
| Profession                                |  | Licence # |  | Province |
| Téléphone                                 |  |           |  |          |
| Courriel                                  |  |           |  |          |
| Adresse professionnelle                   |  |           |  |          |
| Ville                                     |  |           |  |          |
| Province                                  |  |           |  |          |
| Code Postal                               |  |           |  |          |

| Adresse de consultation (si différente) |  |
|-----------------------------------------|--|
| Adresse                                 |  |
| Ville                                   |  |
| Province                                |  |
| Code Postal                             |  |

| INFORMATIONS DU PATIENT |           |
|-------------------------|-----------|
| Prénom et Nom           |           |
| Date de naissance       | Téléphone |
| Courriel                |           |
| Adresse                 |           |
| Ville                   |           |

| Description de l'état de santé / de l'affection médicale (requis si le document est soumis aux Anciens) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                         |

| Prescription du traitement (grammes par jour, mode de consommation) |
|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                     |

**Important pour les professionnels de la santé :** Les patients peuvent utiliser cette ordonnance soit pour du cannabis séché, soit pour de l'huile de cannabis, et choisir la variété ou le mode d'ingestion de leur choix. Santé Canada ne vous oblige pas à fournir de directives sur la variété ou à préciser le mode d'ingestion. Cependant, vous pouvez fournir des conseils facultatifs ou des restrictions obligatoires pour les patients, que nous ferons appliquer. Si vous autorisez l'huile de cannabis, la dose doit tout de même être inscrite en grammes totaux par jour. Veuillez indiquer la période d'utilisation en mois, sans dépasser 12 mois. Selon Santé Canada, la quantité moyenne de cannabis consommée par les patients à des fins médicales est de 1 à 3 grammes par jour. Il n'y a toutefois aucune limite à la quantité quotidienne autorisée qui peut être prescrite.

# FORMULAIRE DOCUMENT MÉDICAL

(À faire remplir par votre professionnel de la santé)



## Autres renseignements à joindre, le cas échéant

## Autorisation du professionnel de la santé

J'atteste que les renseignements contenus dans ce document sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Date:

Date d'échéance de ce document médical : \_\_\_\_\_  
Date

☐

Initiales du professionnel de la santé si vous soumettez le document médical à CANNACULTURE INC par courriel (ventes@canna-culture.ca).

☐

Initiales du professionnel de la santé si vous soumettez le document médical à CANNA-CULTURE INC par courrier ordinaire (Att : Service aux patients, Canna-Culture inc., 2350 5 ième Rang Est, Drummondville, Québec, Canada, J2B 6V2).

☐

*Initiales du professionnel de la santé si vous soumettez le document médical à CANNA-CULTURE INC par télécopieur sécurisé (Non disponible présentement)*

☐

Initiales du professionnel de la santé si vous prévoyez recevoir le cannabis médical du patient à votre adresse d'affaires.

→ Moi, le professionnel de la santé du patient, je consens à recevoir du cannabis médical au nom du patient à l'adresse d'affaires indiquée sur ce document médical. Si, à tout moment, vous retirez votre consentement à recevoir du cannabis médical au nom du patient, vous devez envoyer un avis écrit à cet effet au patient ainsi qu'au producteur autorisé.

# FORMULAIRE DOCUMENT MÉDICAL

(À faire remplir par votre professionnel de la santé)



## Instructions pour le professionnel de la santé

Il y a TROIS façons de nous faire parvenir ce document :

- Portail de CANNA-CULTURE INC (ventes@canna-culture.ca) — Vous pouvez transmettre par voie électronique les documents nécessaires pour coordonner une inscription rapide et précise des patients, en pleine conformité avec la Loi sur le cannabis et ses règlements d'application (la « Loi »).
- *Télécopieur sécurisé — Nous pouvons accepter ce document par télécopieur uniquement s'il provient directement de votre bureau et avec votre confirmation que le document médical télécopié constitue le document médical original. Télécopieur sécurisé : **(Non disponible présentement)***
- Copie papier originale — Nous devons recevoir la version originale de ce document médical, dûment remplie et signée par le professionnel de la santé. (Att : Service aux patients, Cannaculture inc., 2350 5e Rang Est, Drummondville, Québec, Canada, J2B 6V2)

## Instructions pour le client

Le client doit soumettre un formulaire d'inscription distinct pour accompagner ce document. Pour accélérer le processus, le client peut le faire parvenir en ligne par courriel :  
ventes@canna-culture.ca

Alternativement, le client peut soumettre une copie papier du formulaire d'inscription, soit en l'imprimant à partir de notre site Web, soit en faisant la demande auprès du Service à la clientèle.

Pour de plus amples informations :

Tel: 819-471-9740

Courriel: ventes@canna-culture.ca

www.canna-culture.ca