

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT PATIENT MÉDICAL



INFORMATIONS PATIENT

Prénom et Nom			
Date de naissance		Téléphone	
Courriel			

VOTRE ADRESSE

Numéro et nom de rue			
Ville			
Province		Code postal	

C'est l'adresse de : ☐ Ma résidence privée (maison, condo, appartement, etc.)
☐ En établissement à long terme → remplissez la partie ci-dessous.

Informations sur l'établissement

Nom de l'établissement	
Type d'établissement	
Nom, Prénom responsable	
Courriel	
Téléphone	

Attestation de l'établissement : Je certifie par la présente que je suis responsable de l'établissement mentionné ci-dessus et que nous fournissons des services de restauration, d'hébergement ou d'autres services sociaux au patient susnommé.

Signature du responsable de l'établissement

Date:

Quelle est l'adresse de livraison pour votre cannabis à des fins médicales ?

☐ À ma résidence ☐ À une autre adresse (Adresse Canadienne valide seulement) ☐ À l'adresse de mon professionnel de la santé

À remplir si vous avez choisi l'option professionnel de la santé.

Information du professionnel de la santé

Prénom, Nom et Titre			
Adresse			
Ville			
Province		Code postal	
Tel		Fax	
Courriel			

Attestation de l'établissement « Je certifie par la présente que je suis responsable de l'établissement mentionné ci-dessus et que nous fournissons des services de restauration, d'hébergement ou d'autres services sociaux au patient susnommé.

Signature du professionnel médical

Date:

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT PATIENT MÉDICAL



Personne responsable du demandeur « Ne remplissez la section ci-dessous que si vous êtes la personne responsable du demandeur et que vous présentez la demande au nom du patient. Veuillez fournir vos renseignements personnels. »

Personne responsable du demandeur			
Prénom et Nom			
Date de naissance		Relation	
Courriel		Téléphone	

Seconde personne responsable du demandeur (si applicable)			
Prénom et Nom			
Date de naissance		Relation	
Courriel		Téléphone	

Déclaration et Attestation

Je certifie que : (a) le demandeur réside habituellement au Canada ; (b) les renseignements figurant dans la demande sont exacts et complets ; (c) le document médical qui sert de base à la demande n'a pas été modifié, à la connaissance de la personne signant la déclaration ; (d) le document médical n'est pas utilisé pour rechercher ou obtenir des produits de cannabis auprès d'une autre source ; (e) dans le cas où le demandeur signe la déclaration, il a l'intention d'utiliser tout produit de cannabis qui lui est fourni sur la base de la demande uniquement à ses propres fins médicales ; (f) dans le cas où un adulte désigné à la section précédente signe la déclaration, il est responsable du demandeur.

Reconnaissance et Avis de non-responsabilité

Vous reconnaissez que vous serez un client inscrit de Canna-Culture inc., un producteur titulaire de licence en vertu de la Loi sur le cannabis et de ses règlements d'application (la « Loi »).

Vous reconnaissez en outre que le cannabis médical n'est pas approuvé pour une utilisation en tant que drogue (médicament) au Canada, que ses indications, son innocuité et ses risques n'ont pas été étudiés de manière adéquate et que le dosage approprié n'est pas clair.

Vous reconnaissez et acceptez que vous utilisez tout produit de cannabis médical obtenu auprès de Cannaculture inc. à vos propres risques. Vous libérez Cannaculture inc. de toute action, réclamation, plainte ou demande de dommages-intérêts, perte, responsabilité ou blessure, de quelque nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'utilisation du cannabis médical obtenu auprès de Cannaculture inc.

Cannaculture inc. ne fait aucune représentation et ne donne aucune garantie ou condition, qu'elle soit expresse, implicite, statutaire ou autre, y compris, sans s'y limiter, toute garantie ou condition de qualité marchande, de durabilité ou d'adéquation à un usage particulier, lesquelles sont toutes déclinées par les présentes.

Cela dit, Canna-Culture inc. prend très au sérieux la qualité de ses produits, ainsi que ses obligations en vertu de la Loi sur le cannabis d'enquêter sur toutes les plaintes des clients. Si, à tout moment, vous rencontrez un problème avec vos produits Cannaculture inc., nous vous encourageons à communiquer avec nous.

Signature

Nom (lettres moulées)

Date

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT PATIENT MÉDICAL

(Facultatif si le professionnel de la santé délivre sa propre ordonnance)



Informations du professionnel de la santé

INFORMATIONS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ					
Prénom et Nom					
Titre					
Profession		Licence #		Province	
Numéro de téléphone					
Courriel					
Adresse professionnelle					
Ville					
Province					
Code Postal					
Enregistrement basé sur:	☐ Document médical ☐ Certificat d'inscription Veuillez fournir une copie des documents médicaux ou du certificat d'inscription avec ce formulaire				
Date d'expiration de cette prescription	____/____/____ Jour Mois Année				

Description de l'affection ou des affections médicales (requis si le document est soumis à Anciens Combattants Canada)

--

Traitement prescrit (grammes par jour, mode de consommation)

--

Information importante pour les professionnels de la santé : Les patients peuvent utiliser cette ordonnance pour du cannabis séché ou 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 conseils sur les variétés ni à préciser le mode d'ingestion. Vous pouvez toutefois fournir des recommandations facultatives ou des restrictions obligatoires pour les patients, que nous ferons appliquer. Si vous autorisez l'huile de cannabis, la posologie 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 quant à la dose quotidienne pouvant être autorisée.

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

Signature du professionnel de la santé

Date: