



## Document médical

À remplir par un professionnel de la santé aux fins d'autorisation à consommer du cannabis à des fins médicales:

### Renseignements du patient

Les renseignements doivent correspondre à ceux indiqués dans le Formulaire d'inscription du patient.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance <i>(mm/jj/aaaa)</i>	Genre
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro de téléphone principal	Adresse courriel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnostic ou pathologie <i>(Optionnel, sauf pour les patients bénéficiant d'une couverture par le service des Anciens Combattants)</i>	Quantité quotidienne <i>(g/jour)</i>	Période d'utilisation <i>Veillez noter que la période d'utilisation (en mois) ne peut pas être supérieure à 12.</i>	
<input type="text"/>			

Renseignements supplémentaires

### Renseignements du professionnel de la santé

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Profession	Numéro de licence
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Province d'exercice autorisée	Nom de la clinique		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse de la clinique	Ville	Province	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Téléphone	Télécopieur	Adresse courriel <i>(facultatif)</i>
Méthode de consultation	Lieu de la consultation <input type="checkbox"/> Identique aux renseignements ci-dessus		
<input type="checkbox"/> En personne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Télémédecine	Adresse	Ville	Province
<input type="checkbox"/> Document médical soumis par télécopieur	<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir la livraison des produits de cannabis médical de mon patient à mon adresse professionnelle		

J'atteste que les renseignements contenus dans le présent document médical sont exacts et complets.

Signature

Date *(mm/dd/yyyy)*

En cas de télécopie directe à MyMedi.ca: Je reconnais que le document médical télécopié est maintenant le document médical original, et que j'ai conservé une copie de ce document pour mes dossiers uniquement.

Initiales