



## Formulaire de la personne aidante

---

À remplir par la personne aidante responsable du patient.

### Renseignements de la personne aidante

Prénom de la personne aidante

Nom de famille de la personne aidante

Date de naissance  
(mm/jj/aaaa)

Genre

Numéro de téléphone principal

Numéro de téléphone secondaire

Adresse courriel

*(requis pour le magasinage en ligne chez MyMedi.ca)*

Lien avec le patient

### Renseignements du patient

Prénom du patient

Nom de famille du patient

Date de naissance  
(mm/jj/aaaa)

Identifiant client MyMedi.ca

---

### Attestation et confirmation de la personne aidante

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, suis responsable de \_\_\_\_\_  
*(nom de la personne aidante en caractères d'imprimerie)* *(nom du patient en caractères d'imprimerie)*

et prends la responsabilité pour la commande, la conservation sécurisée et l'administration de produits de cannabis médical.

**LA PRÉSENTE DEMANDE N'EST PAS COMPLÈTE TANT QUE LE FORMULAIRE DE  
CONSENTEMENT DU PATIENT N'EST PAS ÉGALEMENT SIGNÉ PAR CE DERNIER  
(ET PAR LA PERSONNE AIDANTE, LE CAS ÉCHÉANT).**

## Consentement

Le patient et la personne aidante, ou la personne responsable du patient, le cas échéant, reconnaissent et acceptent ce qui suit :

1. MyMedi.ca peut procéder à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels contenus dans cette demande, et dans tout document médical fourni à MyMedi.ca (le "document médical"), conformément à la politique de MyMedi.ca et aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée. Les fins pour lesquelles MyMedi.ca pourrait collecter, utiliser et divulguer des informations personnelles incluent : pour la distribution et la livraison des commandes, pour effectuer l'inscription du patient et pour communiquer avec les professionnels de la santé du patient, les cliniques médicales, les services de délivrance des licences, ou les producteurs susceptibles d'être responsables de la production du cannabis médical et les fournisseurs de services responsables des achats, de la distribution et de la vérification des produits.
2. Le patient autorise MyMedi.ca à communiquer avec le patient par téléphone ou par courriel au sujet du statut de son inscription, du statut de ses commandes, de la disponibilité des produits et autres sujets, conformément à la politique de confidentialité de MyMedi.ca. Le patient comprend que les communications électroniques ne sont pas sécurisées et qu'elles peuvent être transmises, interceptées, diffusées, stockées ou même modifiées à son insu ou sans sa permission, et il consent à accepter ce risque. Les communications électroniques sont une option offerte au patient et ce dernier peut refuser cette option à tout moment en fournissant un avis écrit à MyMedi.ca.
3. Le patient comprend que la sécurité et les risques associés à la consommation de cannabis médical n'ont pas fait l'objet d'études suffisamment approfondies et que l'utilisation des produits de cannabis médical obtenus auprès de MyMedi.ca se fait à ses propres risques. Le patient renonce à toute action, réclamation, plainte et demande à l'encontre de MyMedi.ca, ses entités affiliées, ses sociétés affiliées, ses filiales, ses directeurs, ses agents, ses partenaires, ses fournisseurs et ses employés, relativement aux dommages, aux pertes ou aux blessures subis à la suite de la consommation des produits de cannabis médical obtenus auprès de MyMedi.ca.
4. Les renseignements contenus dans cette demande ainsi que dans le document médical sont exacts et complets.
5. Le patient est un résident habituel du Canada.
6. Le document médical est original et n'a pas été modifié.
7. Le document médical n'est pas utilisé pour obtenir du cannabis médical auprès d'une autre source.
8. L'utilisation du cannabis médical est destinée aux besoins médicaux personnels du patient.

<hr/> Signature du patient	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Date (mm/jj/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

<hr/> Signature de la personne aidante/du responsable du patient (s'il y a lieu)	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> Date (mm/jj/aaaa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Veillez indiquer si vous consentez à recevoir des communications électroniques de MyMedi.ca contenant des offres et des nouvelles sur le cannabis médical. Vous pouvez vous désinscrire à tout moment.  Yes  No