

## 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="checkbox"/> Homme
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnostic ou pathologie	Quantité quotidienne (g/jour)	Période d'utilisation <i>Veillez noter que la période d'utilisation (en mois) ne peut pas être supérieure à 12.</i>	

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 (facultatif)
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/jj/aaaa)

En cas de télécopie directe à Cannabis médical de Shoppers Drug Mart Inc. :

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

Pour les professionnels de la santé : veuillez télécopier ce document rempli au 1-866-220-2627

Pour les patients : veuillez déposer ce document original rempli au magasin Shoppers Drug Mart le plus près de chez vous OU envoyer ce document original par courrier à Cannabis médical de Shoppers Drug Mart Inc., 6941 Kennedy Road, unité 100, Mississauga (Ontario) L5T 2R6