

Formulaire d'inscription du patient


(Veuillez noter que ce formulaire comprend 3 pages)

Sélectionner une langue: English Français

*Remarque : Si vous êtes la personne aidante, veuillez remplir le présent formulaire avec le patient et signer l'attestation et confirmation de la personne aidante.

Les prénoms et nom de famille du patient doivent être identiques à ceux inscrits sur le document médical.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance <small>(mm/jj/aaaa)</small>	Genre

Les champs marqués du symbole  sont obligatoires.

Type d'inscription Nouveau patient Transfert d'un producteur autorisé _____

Adresse résidentielle

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	App.	Ville	Province
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone secondaire	Adresse courriel

Mode de communication privilégié : Numéro de téléphone principal Numéro de téléphone secondaire Courriel

Adresse d'expédition Complétez cette section uniquement si l'adresse est différente de celle indiquée ci-dessus. L'adresse d'expédition doit être une résidence, une boîte postale, ou le bureau d'un professionnel de la santé.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Ville	Province	Code postal

J'ai demandé que mes produits de cannabis médical soient livrés à l'adresse de mon professionnel de la santé, avec son consentement comme indiqué sur mon document médical.

Type de résidence Résidence privée Refuge/foyer Maison de soins Autre

*Une attestation de résidence est obligatoire si Refuge/foyer est sélectionné. Le directeur de l'établissement doit compléter cette section.

Je soussigné(e), (nom du directeur) _____ confirme que (nom de l'établissement) _____

fournit de la nourriture, un logement, ou d'autres services sociaux à (nom du patient) _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature du directeur	Adresse courriel à contacter	Date (mm/jj/aaaa)

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).

Information sur l'assurance (le cas échéant)

Êtes-vous un ancien combattant canadien?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer votre numéro Croix Bleue :

Veuillez fournir une copie de votre carte Croix Bleue avec votre formulaire d'inscription rempli.

Êtes-vous couvert par un régime d'assurance privé pour vos médicaments?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'assureur :

Numéro de la police d'assurance :

Renseignements de la personne aidante (le cas échéant)

Une personne aidante est un adulte désigné qui est responsable du patient.

Prénom de la personne aidante

Nom de famille de la personne aidante

Date de naissance

(mm/jj/aaaa)

Genre

Relation avec le patient

Numéro de téléphone principal

Numéro de téléphone secondaire

Adresse courriel

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 du cannabis médical.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature de la personne aidante	Date (mm/jj/aaaa)	

Consentement

Le patient (et la personne aidante le cas échéant) reconnaît et accepte ce qui suit :

1. Cannabis médical de Shoppers Drug Mart Inc. (“Shoppers”) 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 Shoppers (le “document médical”), conformément à la politique de Shoppers Drug Mart Inc. et aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée. Les fins pour lesquelles Shoppers 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 Shoppers 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 Shoppers. 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 Shoppers.
3. Si le patient a indiqué un numéro K ou de police d’assurance dans cette demande, il consent à ce que Shoppers communique les renseignements personnels contenus dans ledit formulaire à Anciens Combattants Canada ou à son fournisseur d’assurance.
4. 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 Shoppers se fait à ses propres risques. Le patient renonce à toute action, réclamation, plainte et demande à l’encontre de Shoppers, 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 Shoppers.
5. Les renseignements contenus dans cette demande ainsi que dans le document médical sont exacts et complets.
6. Le patient est un résident habituel du Canada.
7. Le document médical est original et n’a pas été modifié.
8. Le document médical n’est pas utilisé pour obtenir du cannabis médical auprès d’une autre source.
9. L’utilisation du cannabis médical est destinée aux besoins médicaux personnels du patient.

_____ Signature du patient	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Date (mm/jj/aaaa)			

_____ Signature de la personne aidante/du responsable du patient (le cas échéant)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Date (mm/jj/aaaa)			

Pour les fournisseurs de soins de santé consentant au nom du patient :

Le consentement de votre patient doit être obtenu pour la collecte, l’utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels, comme il est décrit ci-dessus. Oui, la déclaration de consentement ci-dessus a été expliquée au patient et j’ai obtenu son consentement verbal pour l’inscription. Oui

Veillez indiquer si vous consentez à recevoir des communications électroniques de Shoppers contenant des offres et des nouvelles sur le cannabis médical. Vous pouvez vous désinscrire à tout moment. Oui Non

Veillez déposer ce document rempli au magasin Shoppers Drug Mart le plus près de chez vous OU télécopier ce document rempli au 1-866-220-2627 OU envoyer ce document par courrier à Cannabis médical de Shoppers Drug Mart^{MC}, 6941 Kennedy Road, unité 100, Mississauga (Ontario) L5T 2R6