

## Document médical

À remplir par un professionnel de la santé aux fins d'autorisation d'utilisation de cannabis médical

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Veuillez noter que ces renseignements doivent concorder avec les renseignements soumis par le patient à Cannabis médical de Shoppers<sup>MC</sup> lors de son inscription.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Numéro de téléphone principal	Adresse courriel
<input type="text"/>		
Diagnostic ou affection		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Quantité quotidienne (g/jour)	Période d'utilisation	
	<b>Veuillez noter que la période d'utilisation (en mois) ne peut dépasser 12</b>	

Autres renseignements :

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom	Profession
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de la clinique	Province d'exercice	Numéro de permis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse de la clinique	Ville	Province
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Courriel (facultatif)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mode de consultation</b>	<b>Lieu de consultation</b>	<input type="checkbox"/> Même que ci-dessus
<input type="checkbox"/> En personne	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Télémédecine	Adresse	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ville	Province
		Code postal
<input type="checkbox"/> Document médical envoyé par télécopieur	<input type="checkbox"/> Je consens à recevoir livraison du cannabis médical de mon patient à mon adresse professionnelle	

Je certifie que les renseignements compris dans le présent document médical sont exacts et complets.

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

Si le document est envoyé directement par télécopieur à Cannabis médical de Shoppers<sup>MC</sup>, je reconnais que le document médical imprimé par le télécopieur est désormais le document médical original et que je conserve un exemplaire de ce document uniquement pour verser à mes dossiers.

Initiales \_\_\_\_\_

Pour de plus amples renseignements, visitez le [cortalex.com](http://cortalex.com).