

Remarque : le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE PAR UN  ET UNE NOTE. ÉCRIRE LE PLUS LISIBLEMENT POSSIBLE AVEC UN STYLO.**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT****NOM DU PATIENT**

PRÉNOM

NOM

DATE DE NAISSANCE**COORDONNÉES**

ANNÉE | MOIS | JOUR

ADRESSE COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**TITRE ET NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

TITRE

PRÉNOM

NOM

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PROFESSION

N° DE PERMIS (CPSO, CPSBC, CMQ)

PROVINCE(S) OÙ LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ EST
AUTORISÉ À EXERCER**COORDONNÉES**

ADRESSE COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

ADRESSE DU LIEU DE PRATIQUE

N° DE BUREAU

ADRESSE (LIGNE 1)

ADRESSE (LIGNE 2)

VILLE, MUNICIPALITÉ OU VILLAGE

PROVINCE OU TERRITOIRE

CODE POSTAL

ADRESSE DU LIEU DE CONSULTATION COCHER SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE CI-DESSUS

N° DE BUREAU

ADRESSE (LIGNE 1)

ADRESSE (LIGNE 2)

VILLE, MUNICIPALITÉ OU VILLAGE

PROVINCE OU TERRITOIRE

CODE POSTAL

3. ORDONNANCE**QUANTITÉ****DIAGNOSTIC**GRAMMES/
JOUR

DURÉE D'UTILISATION (MAXIMUM DE 365 JOURS)

PROBLÈME DE SANTÉ PRINCIPAL (REQUIS SI LE DOCUMENT EST SOUMIS À ANCIENS COMBATTANTS CANADA)

Volume moyen autorisé par
patient de 2,1 grammes par
jour. Données sur le marché du
cannabis de Santé Canada,
2 décembre 2019.**SIGNATURE****JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS DANS CE DOCUMENT SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS.****X**

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

ANNÉE | MOIS | JOUR

NOTES :

Vous pouvez nous transmettre votre document médical en nous envoyant la version originale par la poste ou en télécopiant une copie de l'original. Vous trouverez l'adresse d'expédition au bas de ce document et le numéro de télécopieur dans l'en-tête, selon le mode d'envoi que vous choisissez. Dans le cas d'un envoi par télécopieur, le document doit être télécopié par votre professionnel de la santé à partir de son lieu de pratique.

INITIALES

INITIALES DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DANS LE CAS D'UN ENVOI DU DOCUMENT MÉDICAL À AURORA PAR TÉLÉCOPIEUR

À titre de professionnel de la santé du patient, j'ai choisi de transmettre le document médical original par l'entremise du portail de télécopie électronique sécurisé d'Aurora. Je reconnais que le document médical envoyé par télécopieur constitue maintenant le document médical original et que la copie que j'ai en ma possession sera conservée à des fins de tenue de dossiers seulement.

INITIALES

INITIALES DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ DANS LE CAS OÙ LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES EST EXPÉDIÉ À SON LIEU DE PRATIQUE AU NOM DU PATIENT

À titre de professionnel de la santé du patient, je consens à recevoir du cannabis à des fins médicales au nom de ce dernier à l'adresse de mon lieu de pratique indiquée dans le présent document médical. Remarque : en tout temps, si vous ne consentez plus à recevoir du cannabis à des fins médicales au nom du patient, vous devez communiquer cette décision par écrit au patient et au producteur autorisé.