

**1. Renseignements sur le professionnel de la santé**

---

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Adresse du bureau \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Numéro de licence médicale (*indiquer la province si elle diffère de celle inscrite plus haut*) \_\_\_\_\_**2. Renseignements sur le patient**

---

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA)

Lieu de la consultation (*seulement si l'adresse est différente de celle du professionnel de la santé mentionnée plus haut*) \_\_\_\_\_

Renseignements sur le patient : Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**3. Renseignements sur la posologie**

---

Important pour les professionnels de la santé : Les patients peuvent utiliser cette ordonnance tant pour se procurer du cannabis séché que des huiles de cannabis et peuvent choisir la variété et la méthode d'ingestion de leur choix. Selon les exigences de Santé Canada, vous n'êtes pas obligé d'inscrire des indications concernant la variété ni de spécifier une méthode d'ingestion particulière. Toutefois, vous pouvez fournir des conseils optionnels et des restrictions obligatoires pour les patients, que nous appliquerons. Si vous autorisez de l'huile de cannabis, vous devez tout de même inscrire la posologie totale en grammes par jour.

Quantité quotidienne (*grammes/jour*)\* \_\_\_\_\_ Diagnostique (*facultatif*) \_\_\_\_\_Période de consommation (*veuillez indiquer la période de consommation en mois, jusqu'à un maximum de 12 mois*)\*\* \_\_\_\_\_ mois

**OBLIGATOIRE SI L'OPTION EST COCHÉE** Si aucune des options n'est cochée, les patients seront, par défaut, autorisés à commander toutes les combinaisons de cannabis séché ou d'huile de cannabis souhaitées.

 Huile seulement  Cannabis séché seulement**DIRECTIVES SUPPLÉMENTAIRES** (*p. ex., contient du CBD, pourcentage de THC, etc.*) **OBLIGATOIRE SI L'OPTION EST COCHÉE****4. Attestation du professionnel de la santé**

---

J'atteste par la présente que les renseignements contenus dans ce document sont exacts et complets.

Signature \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ (*en caractères d'imprimerie*) Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA)**5. Veuillez apposer vos initiales ici si vous envoyez le document médical par télécopieur ou par le portail pour professionnels de la santé**

---

J'ai choisi d'envoyer le document médical original par télécopieur sécurisé ou par le portail sécurisé pour professionnels de la santé. Je reconnais que le document médical envoyé par télécopieur est le document médical original et que j'ai conservé une copie de ce document uniquement pour mes dossiers.

Vos initiales ici

**6. Informations supplémentaires offertes aux professionnels de la santé**

---

 Veuillez faire un suivi avec mon cabinet afin d'organiser une brève séance d'information sur le cannabis à des fins médicales Veuillez me faire parvenir des documents pour que je puisse les passer en revue Veuillez m'envoyer les informations de connexion pour le portail pour professionnels de la santé de Spectrum Therapeutics

\* Selon Santé Canada, la quantité de cannabis moyenne consommée à des fins médicales par les patients est de 1 à 3 grammes par jour. Il n'y a toutefois pas de limite concernant la quantité quotidienne pouvant être prescrite.

\*\* Veuillez noter que sur une période de 30 jours, nous ne fournirons pas une quantité totale de produits de cannabis qui excède 30 fois la quantité quotidienne autorisée.

## Document médical

**Ce formulaire doit être rempli uniquement par un professionnel de la santé : un médecin de famille ou un spécialiste ou, dans certaines provinces et dans certains territoires, une infirmière praticienne.**

### Instructions destinées au professionnel de la santé

Vous pouvez nous envoyer ce document de TROIS manières.

- 1. Portail de gestion des patients de Spectrum Therapeutics ([hcp.spectrumtherapeutics.com](http://hcp.spectrumtherapeutics.com))** – Vous pouvez nous envoyer les documents nécessaires par voie électronique si vous souhaitez une inscription rapide et précise de votre patient, conforme à la *Loi sur le cannabis* et son règlement (la "Loi").
- 2. Télécopieur sécurisé** – Nous acceptons ce document s'il est envoyé par télécopieur directement de votre bureau, et uniquement sous attestation que le document médical envoyé par télécopieur est le document médical original.
- 3. Version papier originale** – Nous devons recevoir le document médical original, rempli et signé par un professionnel de la santé.

Si vous souhaitez nous envoyer la version originale en format papier, nous pouvons vous assister pour la collecte des formulaires en vous fournissant sur demande une enveloppe adressée et affranchie.

### Vous pouvez utiliser ce formulaire pour prescrire du cannabis, de l'huile de cannabis ou des gélules

Prescrire du cannabis séché, de l'huile de cannabis ou des gélules se fait en toute simplicité. Il vous suffit de continuer à autoriser une quantité de grammes par jour. L'huile de cannabis et les gélules diffèrent du cannabis séché de diverses façons, notamment en matière de délai d'action et de durée des effets.

Pour en savoir plus, veuillez consulter : [SpectrumTherapeutics.com](http://SpectrumTherapeutics.com)

### Instructions pour le client

Le client doit soumettre un formulaire d'inscription séparé qui accompagnera ce document.

Pour accélérer le processus, le client peut s'inscrire au : [SpectrumTherapeutics.com](http://SpectrumTherapeutics.com)

Autrement, le client peut soumettre une copie papier du formulaire d'inscription, soit en l'imprimant à partir de notre site Web ou en l'obtenant auprès de notre service à la clientèle.

### Notre engagement envers la formation médicale

Pour en savoir plus, veuillez consulter le portail de gestion des patients. Vous y trouverez des résumés des essais cliniques et des indications, ainsi qu'un résumé des informations sur le cannabis offertes par Santé Canada à l'intention des professionnels de la santé.

Veuillez communiquer avec nous si vous souhaitez avoir accès à des documents ou participer à l'un de nos événements de formation médicale continue (FMC).

Pour communiquer avec notre équipe de représentants médicaux : écrivez à l'adresse [Medical@SpectrumTherapeutics.com](mailto:Medical@SpectrumTherapeutics.com), ou téléphonez au 1-833-427-5463.