

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 DE FAMILLE \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ COORDONNÉES \_\_\_\_\_

ANNÉE | MOIS | JOUR \_\_\_\_\_ ADRESSE COURRIEL \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

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

TITRE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**PROFESSION \_\_\_\_\_ N° DE PERMIS (CPSO, CPSBC, CMQ) \_\_\_\_\_ PROVINCES OÙ LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ EST  
COORDONNÉES \_\_\_\_\_ AUTORISÉ À EXERCER \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ TÉLÉC. \_\_\_\_\_

**ADRESSE DU LIEU DE PRATIQUE**

N° APPART. \_\_\_\_\_ ADRESSE LIGNE 1 \_\_\_\_\_

ADRESSE LIGNE 2 \_\_\_\_\_

VILLE OU VILLAGE \_\_\_\_\_ PROVINCE OU TERRITOIRE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

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

N° APPART. \_\_\_\_\_ ADRESSE LIGNE 1 \_\_\_\_\_

ADRESSE LIGNE 2 \_\_\_\_\_

VILLE OU VILLAGE \_\_\_\_\_ PROVINCE OU TERRITOIRE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**3. ORDONNANCE****QUANTITÉ/DIAGNOSTIC**

GRAMMES/JOUR \_\_\_\_\_ DURÉE D'UTILISATION (MAXIMUM DE 365 JOURS) \_\_\_\_\_ CONDITION MÉDICALE (DANS LE CAS OÙ LE DOCUMENT SERAIT REQUIS PAR ANCIENS COMBATTANTS CANADA) \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS DANS CE DOCUMENT SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS.

X

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ \_\_\_\_\_ ANNÉE | MOIS | JOUR \_\_\_\_\_

**4. TRANSMISSION DU DOCUMENT MÉDICAL ET EXPÉDITION ◆ LE CAS ÉCHÉANT**

Vous pouvez nous envoyer la version originale de votre document médical par la poste ou par télécopieur. L'adresse d'envoi et le numéro de télécopieur sont indiqués dans l'en-tête du présent document. Dans le cas d'un envoi par télécopieur, le document doit être télécopié à partir du lieu de pratique de votre professionnel de la santé.

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

À titre de médecin du patient, j'ai choisi de faire parvenir le document médical original à Aurora via son portail eFax sécurisé. Je conçois que la télécopie reçue par Aurora sera considérée comme la version originale du document médical et que le document en ma possession, maintenant considéré comme une copie, sera conservé dans mes dossiers seulement à des fins d'archivage personnel.

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

À titre de médecin 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.

# DEMANDE D'INSCRIPTION

**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 DEMANDEUR (LE "DEMANDEUR")

♦ **TOUS LES RENSEIGNEMENTS DE LA SECTION 1 DOIVENT CORRESPONDRE À LA PIÈCE D'IDENTITÉ DÉLIVRÉE PAR LE GOUVERNEMENT**

### NOM DU CLIENT

PRÉNOM

DEUXIÈME PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

### SEXE

HOMME  FEMME  AUTRE  NON DIVULGUÉ

### DATE DE NAISSANCE

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
ANNÉE MOIS JOUR

### NUMÉRO K D'ANCIEN COMBATTANT ♦ LE CAS ÉCHÉANT

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

## 2. COORDONNÉES

ADRESSE COURRIEL

TÉLÉPHONE

AUTRE TÉLÉPHONE

## 3. ADRESSE DE DOMICILE

NO APPART.

ADRESSE LIGNE 1

ADRESSE LIGNE 2

VILLE, MUNICIPALITÉ OU VILLAGE

PROVINCE OU TERRITOIRE

CODE POSTAL

EXPÉDITION À UNE ADRESSE POSTALE REMPLIR LA SECTION CI-DESSOUS ♦ **LE DEMANDEUR DOIT ÊTRE INSCRIT À L'ADRESSE DE DOMICILE (C.-À-D. CASE POSTALE)**

L'ADRESSE DE DOMICILE EST UN ÉTABLISSEMENT (ÉTABLISSEMENT DE SOINS, CENTRE D'HÉBERGEMENT, ETC.) REMPLIR LA SECTION 5

## 4. ADRESSE POSTALE

♦ **SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE DE DOMICILE**

### ADRESSE POSTALE

CASE POSTALE

ADRESSE LIGNE 1

ADRESSE LIGNE 2

VILLE, MUNICIPALITÉ OU VILLAGE

PROVINCE OU TERRITOIRE

CODE POSTAL

## 5. RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉTABLISSEMENT

♦ **REPLIR CETTE SECTION SI VOTRE ADRESSE DE DOMICILE EST UN ÉTABLISSEMENT**

### ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

TYPE D'ÉTABLISSEMENT (ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE, CENTRE D'HÉBERGEMENT, ETC.)

### COORDONNÉES DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE COURRIEL

TÉLÉPHONE

AUTRE TÉLÉPHONE

### SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

PAR LA PRÉSENTE, MA SIGNATURE EN FAISANT FOI, J'ATTESTE L'AUTHENTICITÉ DE MON TITRE DE RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT SUSMENTIONNÉ ET DÉCLARE QUE NOUS FOURNISSONS AU DEMANDEUR SUSMENTIONNÉ DES REPAS, DE L'HÉBERGEMENT OU D'AUTRES SERVICES SOCIAUX.

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE

X  
SIGNATURE DU RESPONSABLE

## 6. LIVRAISON CHEZ LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

◆ REQUIS SI LE PRODUIT DOIT ÊTRE EXPÉDIÉ CHEZ VOTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

### NOM ET TITRE DU PRATICIEN

TITRE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

Je consens à recevoir du cannabis à des fins médicales au nom de \_\_\_\_\_  
NOM COMPLET DU DEMANDEUR

### SIGNATURE

X  
SIGNATURE DU MÉDECIN PRATICIEN

### DATE

ANNÉE MOIS JOUR

## 7. PERSONNE RESPONSABLE DU DEMANDEUR

◆ À ÊTRE REMPLI PAR LA PERSONNE RESPONSABLE DU DEMANDEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

### NOM DU RESPONSABLE

PRÉNOM \_\_\_\_\_ DEUXIÈME PRÉNOM \_\_\_\_\_ NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

### SEXE

HOMME  FEMME  AUTRE  NON DIVULGUÉ

### DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR

### COORDONNÉES

ADRESSE COURRIEL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

AUTRE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

Je certifie que je suis responsable de \_\_\_\_\_  
NOM COMPLET DU DEMANDEUR

### SIGNATURE

X  
SIGNATURE DE LA PERSONNE RESPONSABLE

### DATE

ANNÉE MOIS JOUR

## ATTESTATION DU DEMANDEUR OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE

En vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM), avec ses modifications successives, Aurora est tenue de recueillir des renseignements sur le demandeur. Aurora recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, à la Personal Information Protection Act de l'Alberta, au RACFM ainsi qu'à la politique de confidentialité d'Aurora, et dans le seul but de fournir du cannabis à des fins médicales et d'autres services afférents au demandeur.

En tout temps, le demandeur a accès à ses renseignements personnels contenus dans les dossiers d'Aurora et peut les corriger au besoin en soumettant une demande de modification à Aurora.

- Le demandeur reconnaît que le cannabis à des fins médicales n'est pas approuvé au Canada à titre de médicament et que son dosage approprié et ses risques n'ont pas été déterminés. Le demandeur reconnaît qu'il fait usage de cannabis à des fins médicales à ses propres risques et qu'Aurora ne peut être tenue responsable de quelques dommages, pertes ou blessures résultant directement ou indirectement de cet usage.
- Le demandeur reconnaît que certains des renseignements fournis dans ce document pourront être communiqués à nos fournisseurs de services aux fins d'expédition seulement.
- Le demandeur comprend et reconnaît que tout document médical envoyé en même temps que ce formulaire ne lui sera pas retourné une fois l'inscription effectuée.
- Le demandeur réside habituellement au Canada.

- Le demandeur reconnaît que, dans le cas où un tiers intermédiaire (c.-à-d. un médecin ou une clinique) l'a recommandé à Aurora, Aurora peut communiquer certains des renseignements personnels recueillis, y compris ceux inscrits dans le présent document, au tiers intermédiaire.
- Les renseignements indiqués dans ce formulaire de demande et dans le document médical sont véridiques et complets.
- Le document médical original que vous ou votre médecin soumettez à Aurora n'est pas utilisé pour vous procurer du cannabis à des fins médicales auprès d'un autre fournisseur. Le document médical original accompagne cette demande.
- Le demandeur utilisera le cannabis à des fins médicales exclusivement pour ses propres besoins médicaux.

Je souhaite recevoir des nouvelles et des mises à jour de la part d'Aurora Cannabis

Je souhaite qu'Aurora Cannabis communique avec moi pour me faire part de possibilités de participation à des recherches (études cliniques, groupes de discussion, etc.).

Aurora prend très au sérieux la protection de vos renseignements personnels. Tous les renseignements recueillis par suite de votre consentement à recevoir de la correspondance de la part d'Aurora sont conservés et communiqués conformément à notre politique de confidentialité, dont la version complète peut être consultée sur notre site Web.

### SIGNATURE

X  
SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE

### DATE

ANNÉE MOIS JOUR