

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.