



## ÉTAPE 2 : MEDICAL DOCUMENT

**emerald<sup>MC</sup>**  
HEALTH THERAPEUTICS

www.emeraldhealth.ca | clients@emeraldhealth.ca  
Sans frais : 1.800.757.3536 | Téléc. : 1.855.623.3325

### Renseignements sur le praticien de la santé

Titre (requis) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Profession (c.-à-d. omnipraticien, chirurgien, etc. Préciser) : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique / de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de la clinique / de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Province où la licence est détenue : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel (facultatif) : \_\_\_\_\_

► NE REMPLIR CETTE PARTIE QUE SI L'ADRESSE DE CONSULTATION DIFFÈRE DE L'ADRESSE CI-DESSUS

ADRESSE DE CONTACT (remplir si cette adresse diffère de l'adresse ci-dessus ou dans le cas d'une communication par Télémédecine.)

N° d'unité : \_\_\_\_\_ Adresse municipale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

►  COCHER CETTE CASE SI LA CONSULTATION EST EFFECTUÉE PAR

Veillez indiquer la méthode de contact préférée pour la vérification des documents médicaux :  Téléphone  Télécopieur

### Renseignements sur le patient

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

CE PATIENT REÇOIT-IL DES SOINS PALLIATIFS?  Oui  Non

S'AGIT-IL D'UNE PERSONNE À FAIBLE REVENU?  Oui  Non

**NOTA : Les patients qui reçoivent des soins palliatifs et les patients à faible revenu pourraient être admissibles à un rabais par compassion; veuillez vous informer.**

### Détails de l'autorisation

*Des frais de facturation pour la vérification ne sont pas exigés.*

INDICATION (facultatif)	NBRE DE GRAMMES PAR JOUR	NBRE DE MOIS (MAX. 12)	NBRE DE JOURS	NBRE DE SEMAINES
	GRAMMES	POUR MOIS	OU JOUR(S)	OU SEMAINES(S)

**NOTA : Un document médical est valide pour la période d'utilisation précisée. (Article 273 du le Règlement sur le cannabis.) La période d'utilisation commence le jour où le document médical a été signé par le praticien de la santé et ne peut dépasser 365 jours (1 an).**

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

▼ Signature du praticien de la santé  X \_\_\_\_\_

▼ Nom en caractères d'imprimerie ci-dessous \_\_\_\_\_

▼ Date de signature Année \_\_\_\_\_

ANNÉE | MOIS | JOUR

► **SI LE MÉDECIN OU LE PRATICIEN DE LA SANTÉ A L'INTENTION DE RECEVOIR DU CANNABIS À DES FINS MÉDICALES POUR CE PATIENT, UNE ATTESTATION SUR LA DEMANDE DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE MÉDECIN. REMPLISSEZ ET SOUMETTEZ UN FORMULAIRE SUPPLÉMENTAIRE SUR EMERALDHEALTH.CA/INSCRIPTION.**

Conformément aux article 273 du le Règlement sur le cannabis. **ENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE PAR LA POSTE, PAR COURRIEL OU PAR TÉLÉCOPIEUR À :** EMERALD HEALTH THERAPEUTICS CANADA INC.  
310-777 ROYAL OAK DRIVE, PO BOX 24076, VICTORIA (COLOMBIE-BRITANNIQUE) V8X 4V1 CANADA.

Pour obtenir une copie en format pdf actif, veuillez consulter le site emeraldhealth.ca/inscription.

**NOTA : La cabinet de votre médecin peut envoyer par télécopieur l'original du document médical (et la demande) au 1-855-623-3325**

www.emeraldhealth.ca  
clients@emeraldhealth.ca  
Sans frais : 1.800.757.3536  
Téléc. : 1.855.623.3325