

DOCUMENT MÉDICAL



À remplir par un ou une professionnel·le de la santé pour l'autorisation du cannabis médical.

1. Renseignements sur le ou la patient·e

Nom : _____
(PRÉNOM) (NOM DE FAMILLE)

Date de naissance : _____ (AAAA-MM-JJ)
Genre : ☐ Homme
☐ Femme
☐ Préfère ne pas répondre

Téléphone : _____ Courriel : _____

Diagnostic : _____

Quantité quotidienne : _____ (GRAMMES/JOUR)
Période d'usage : _____ (LA PÉRIODE NE DOIT PAS DÉPASSER 12 MOIS)

☐ J'AI DES RECOMMANDATIONS PRÉCISES : _____
CHAMP OBLIGATOIRE SI SÉLECTIONNÉ (P. EX., PRODUCTEUR, RATIO THC/CBD, FORMAT, ETC.)

2. Renseignements sur le ou la professionnel·le de la santé :

Nom : _____
(TITRE) (PRÉNOM) (NOM DE FAMILLE)

Nom de la clinique/de l'établissement : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____ Numéro de permis d'exercice : _____

Méthode de consultation : Lieu de la consultation : ☐ Identique à l'adresse ci-dessus

☐ En personne ☐ Télémédecine

ADRESSE : _____

☐ Je consens à ce que des produits de cannabis médical soient livrés à mon adresse
professionnelle au nom de cette personne. INITIALS

J'atteste que les renseignements figurant dans le présent document médical sont exacts et complets.

Signature : _____ Date : _____

Si le document est envoyé directement à Vitalicann par télécopieur reconnais que le document médical télécopié
constitue maintenant le document médical d'origine et que j'ai conservé une copie dudit document pour mes dossiers.

INITIALES