



DOCUMENT MÉDICAL RMFM / MMPR MEDICAL DOCUMENT

Nom du patient / Patient Name: _____

DDN / DOB: _____ Tél./Tel: _____ Alt.: _____

Veuillez contacter ce patient pour prendre un RDV à Santé Cannabis pour de l'éducation sur le cannabis médical.
Please contact patient to book a medical cannabis education session at Santé Cannabis.

Ordonnance / Prescription

Quantité quotidienne de marijuana séchée / Daily quantity of dried marijuana : _____ grammes/grams

Période d'usage / Period of Use : _____ mois/months

Instructions spécifiques / Specific Instructions

Notes : _____

Sauf si autrement indiqué ci-dessus, ce patient est autorisé pour tous les produits de cannabis en vertu de cette prescription.
Unless otherwise indicated above, this patient is authorized for all cannabis products in accordance with this prescription.

Déclaration / Declaration

J'atteste que les renseignements qui y figurent sont exacts et complets. I attest that the information contained herein is correct and complete.

Dr(e): _____
Profession: Médecin / Physician

Permis / License : _____ Québec

Date: _____

Signature: _____

Adresse d'affaires et consultation / Business and consultation address:

Téléphone : _____ Fax: _____

Timbre / Stamp

Je choisis d'envoyer cet Document Médical à _____ par télécopieur sécurisé conformément aux directives du Collège des médecins de Québec sur les signatures électroniques. Je reconnais que le Document Médical reçu est maintenant l'original et que j'ai conservé une copie pour mes dossiers seulement. / I choose to submit the original Medical Document via secure fax in accordance with the Collège des Médecins du Québec guidelines for Electronic Signatures. I acknowledge that the received medical document is now the original document and I have retained a copy for office records only.

Cette ordonnance peut seulement être remplie par cet Producteur Autorisé par Santé Canada en vertu du RMFM.
This prescription may only be filled by the above Licensed Producer authorized by Health Canada under the MMPR.