



Protected B when completed

Document médical autorisant la consommation de cannabis à des fins médicales en vertu du Règlement sur le cannabis

Tous les champs indiqués par un astérisque (*) sont obligatoires.

Instructions

Le présent document doit être rempli uniquement par un professionnel de la santé conformément au Règlement sur le cannabis. Par professionnel de la santé, on entend des médecins praticiens et, dans certaines provinces, des infirmières praticiennes. Pour pouvoir soumettre un document médical, le professionnel de la santé doit être autorisé en vertu du Règlement sur le cannabis, fournir un traitement professionnel au demandeur du document médical et prouver que le cannabis est nécessaire au traitement de la maladie du patient.

Renseignements sur le patient

Renseignements personnels du patient

Nom du patient :*

Prénom du patient :*

Second prénom du patient :

Date de naissance du patient (aaaa-mm-jj) :*

Renseignements sur le professionnel de la santé

Prénom et nom du professionnel de la santé :*

Langue officielle préférée (choisissez-en un) :*

Anglais

Français

Numéro de licence du professionnel de la santé (veuillez énumérer tous les numéros applicables, n'incluez pas le numéro de facturation) :*

Province ou territoire où il/elle est autorisé à exercer ses fonctions (veuillez énumérer tous ceux qui s'appliquent) :*

Sélectionnez votre profession (choisissez-en un) :*

Médecin praticien

Infirmière praticienne

Protected B when completed

Prénom du patient :*		Nom du patient :*	
Adresse du bureau du professionnel de la santé			
Adresse :*		Numéro d'unité :	
Ville :*	Province/Territoire :*	Code postal :*	
Numéro de téléphone :*		Numéro de télécopieur :	
Adresse électronique :*			
Étampe du praticien de la santé :			

Renseignement sur la consultation			
Quantité de cannabis séché autorisée par jour (grammes par jour) :*			
Période de consommation autorisée :* (Remarque : La période de consommation ne peut dépasser 1 an)	Jours :	Semaines :	Mois :

Adresse du bureau où la consultation a eu lieu (si différente de celle indiquée ci-dessus)		
Adresse :		Numéro d'unité :
Ville :	Province/Territoire :	Code postal :
Type de consultation (choisissez-en un) :*		
☐ En personne ☐ Virtuelle ou par téléphone		

Protected B when completed

Prénom du patient :*	Nom du patient :*
Note: En signant ce document, le professionnel de la santé atteste qu'il a le pouvoir, en vertu des lois de la province ou du territoire où il exerce ses fonctions, d'autoriser la consommation de cannabis et que les renseignements fournis sont exacts et complets.	
Signature du professionnel de la santé :*	Date de la signature (aaaa-mm-jj) :*

Envoyer un document médical

Deux scénarios permettent à un professionnel de la santé d'envoyer un document médical par télécopieur sécurisé et de le faire reconnaître comme un original :

- Si le patient choisit de se procurer du cannabis à des fins médicales par l'entremise d'un vendeur autorisé par le gouvernement fédéral, le document médical peut être envoyé à ce dernier par télécopieur sécurisé
- Si Santé Canada demande le document médical dans le cadre de l'examen d'une demande soumise par le patient pour la production ou la possession de cannabis à des fins médicales

Veuillez apposer vos initiales ci-dessous, dans la case qui correspond à la déclaration appropriée, afin de reconnaître que vous soumettez le document médical par télécopieur sécurisé conformément à l'un des scénarios ci-dessus. **Si ces scénarios ne s'appliquent pas, veuillez laisser cette section vide et soumettez uniquement le document médical original à votre patient.**

Veuillez parapher **une seule** des déclarations suivantes **si** vous envoyez le document médical par télécopieur sécurisé(choisissez-en un) :

En apposant ma signature dans cette case, je, le professionnel de la santé, déclare que mon patient m'a demandé d'envoyer le présent document médical **directement à un vendeur autorisé**. Étant donné que le document est envoyé par télécopieur sécurisé, je reconnais qu'il constitue l'original du document médical.

En apposant ma signature dans cette case, je, le professionnel de la santé, déclare que **Santé Canada m'a demandé de fournir un nouveau document médical** dans le cadre de l'examen d'une demande soumise par mon patient pour la production ou la possession de cannabis à des fins médicales. Étant donné que le document est envoyé par télécopieur sécurisé, je reconnais qu'il constitue l'original du document médical.