



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 8 du RACFM). 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 ▼ Nom en caractères d'imprimerie ci-dessous ▼ Date de signature Année

X _____

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 articles 7 et 8 du RACFM et au formulaire d'inscription du client QA_011. **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