

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Prénom : Nom : Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Courriel :

SECTION 2 : PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Titre : Prénom : Nom :

Profession : N° de permis d'exercice : Province de permis :

Adresse complète du
professionnel de la santé
ou
Adresse complète du lieu où
le patient a consulté le
professionnel de la santé
(si différente).

REMARQUE : SCEAU OU AUTOCOLLANT ACCEPTABLE ICI

N° de téléphone : N° de poste : N° de télécopieur :

Courriel :

SECTION 3 : COMMANDE DE MARIHUANA MÉDICINALE (CANNABIS)

Quantité (grammes par jour) : Durée - nombre de jours (365 jours max.) : Nom du professionnel de la santé :

Diagnostic : Atteste que les renseignements indiqués au présent sont exacts et complets.

Recommandations sur la souche :

Signature du professionnel de la santé :

Date de la signature (JJ/MM/AA) :

**VEUILLEZ APPOSER
VOS INITIALES ICI SI
L'ENVOI À MEDRELEAF
DU DOCUMENT
S'EFFECTUE PAR TÉLÉCOPIE.**

J'ai choisi d'envoyer à MedReleaf l'original du document médical par télécopie sécurisée de MedReleaf. Je reconnais que le document médical télécopié constitue maintenant l'original du document médical et que j'ai conservé une copie du document aux seules fins de mes dossiers.