

## Document médical

Le présent document doit être rempli par un professionnel de la santé autorisé aux termes de la définition prévue dans la loi sur le cannabis. Le terme « professionnel de la santé autorisé » inclut les médecins et les infirmières praticiennes de toutes les provinces et de tous les territoires où la prescription de cannabis thérapeutique est permise dans le cadre de leur pratique. Si un autre document est utilisé, il doit comporter tous les renseignements figurant ci-dessous.

### Renseignements sur les patients:

Prénom et nom :

Date de naissance : JJ/ MM/ AAAA/

N° K (anciens combattants) :

Téléphone :

État de santé :  
(obligatoire pour les anciens combattants)

La quantité quotidienne de cannabis qui sera utilisée :  
La quantité quotidienne doit se limiter à un seul chiffre.

g/jour :

La période d'utilisation :  
La période d'utilisation ne doit pas dépasser 12 mois.

mois :

### Renseignements sur le praticien de la santé

Nom :

Prénom :

Profession :

La ou les province(s) où il détient l'autorisation de pratiquer sa profession :

Téléphone :

Courriel :

Numéro de permis :

Adresse du professionnel de la santé :

L'adresse complète du lieu où le patient a consulté le praticien de la santé (si différente de l'adresse ci-dessus) :

Télécopieur (s'il y a lieu) :

Lorsqu'il signe ce document, le praticien de la santé atteste que les renseignements qui y figurent sont exacts et complets.

Signature du professionnel de la santé :

Date :