



HYDROPTHICAIRE

Document médical 1 de 2

Note : Pour inscrire le demandeur, Hydrothicaire exige le présent formulaire « Document médicale » original signé, ainsi que le formulaire « Inscription » original signé.

REQUIS	<p>Le présent Document médical doit être complété par le praticien de la santé autorisé tel que défini par Santé Canada dans le <i>Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales</i>. Un praticien de la santé autorisé inclut les médecins de toutes les provinces et de tous les territoires ainsi que les infirmiers praticiens de toutes les provinces et de tous les territoires où la prescription de la marijuana séchée à des fins médicales est permise dans le cadre de leur pratique.</p> <p>Nom du patient : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM</p> <p>Date de naissance du patient : _____ AAAA/MM/JJ</p>
REQUIS	<p>Praticien de la santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier praticien</p> <p>Nom du praticien : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM</p> <p>Profession: _____</p> <p>Province(s) autorisé à pratiquer : _____</p> <p>Numéro de(s) licence(s) : _____</p> <p>Adresse du lieu de travail du praticien de la santé</p> <p>Adresse: _____ Suite : _____</p> <p>Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____</p> <p>Téléphone : _____ Fax : _____</p> <p>Courriel : _____</p>
REQUIS	<p>Adresse complète de l'établissement où le patient a consulté le praticien de la santé</p> <p>*** À COMPLÉTER SI CELLE-CI DIFFÈRE DU HAUT ***</p> <p>Adresse : _____ Suite : _____</p> <p>Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____</p>

J'accepte de recevoir l'infolettre d'Hydrothicaire qui présente des nouvelles et des mises à jour, et qui fait la promotion des produits d'Hydrothicaire. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. →





Veillez conserver une copie du présent document dans vos dossiers car Hydrothicaire doit, selon la loi, vérifier l'exactitude de ce document lorsqu'elle le reçoit.

REQUIS	Nom du patient : _____ <small>NOM DE FAMILLE, PRÉNOM</small>
	Date de naissance du patient : _____ <small>AAAA/MM/JJ</small>
	Période d'utilisation :
	Quantité quotidienne de marijuana séchée que le patient va consommer : ____ g/jour
	La période d'utilisation est de : ____ jour(s) ____ semaine(s) ____ mois. <small>ELLE NE PEUT EXCÉDER UN AN</small>

FACULTATIF	Condition médicale* : _____ <small>FACULTATIF</small>
	<i>* Obligatoire si vous désirez soumettre la facturation directe aux Anciens Combattants Canada</i>
	Pourcentage maximal de THC : _____ % <small>FACULTATIF</small>
	Pourcentage maximal de CBD : _____ % <small>FACULTATIF</small>
	Consentement à recevoir de la marijuana séchée d'Hydrothicaire au nom de votre patient (le cas échéant)
	Adresse : _____ Suite : _____
	Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____
	Téléphone : _____
	Je _____ <small>NOM DU PRATICIEN DE LA SANTÉ</small>
	consent à recevoir de la marijuana séchée au nom de _____ <small>NOM DU PATIENT</small>
Signature du praticien de la santé	
X _____ Date: _____ <small>AAA/MM/JJ</small>	

sFax #: 1 (888) 965-4623 →

REQUIS	En signant le présent document, vous attestez que vous êtes un praticien de la santé autorisé et que vous n'êtes pas nommé dans un avis donné en vertu de l'article 59 du <i>Règlement sur les stupéfiants</i> n'ayant pas fait l'objet d'une rétractation en vertu de l'article 60 de ce règlement; vous avez consulté le demandeur et vous attestez que les informations présentées dans ce document sont exactes et complètes.					
	<input type="checkbox"/> Cochez ici si vous soumettez le Document médical à Hydrothicaire par Fax, en attestant ce qui suit : J'ai choisi de soumettre le Document médical original à Hydrothicaire par l'entremise de son service concierge sécurisé sfax. Je reconnais que le Document médical expédié par fax est maintenant le Document médical original et que toute copie retenue de ce document est uniquement à l'intention de mes dossiers.					
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><small>NOM DE FAMILLE, PRÉNOM</small></td> <td style="text-align: center;"><small>AAA/MM/JJ</small></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Nom en lettres moulées</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Signature du praticien de la santé</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><i>Date</i></td> </tr> </table>	<small>NOM DE FAMILLE, PRÉNOM</small>	<small>AAA/MM/JJ</small>	<i>Nom en lettres moulées</i>	<i>Signature du praticien de la santé</i>	
<small>NOM DE FAMILLE, PRÉNOM</small>	<small>AAA/MM/JJ</small>					
<i>Nom en lettres moulées</i>	<i>Signature du praticien de la santé</i>					
	<i>Date</i>					

