

## PRESCRIPTION DE CANNABIS MÉDICAL

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/PATIENT INFORMATION

**Prénom**/First name

**Nom de famille** /Last Name

**Date de naissance** /Date of birth

**Téléphone à la maison**  
/Home phone

**Cellulaire** /Cell phone

**Le patient réside au Canada**  
Patient lives in Canada

Oui/Yes

non/No

**Courriel**/email

**Le patient utilisera le cannabis pour ses propres besoins médicaux.**

Patient will use the medical cannabis for his own medical purposes.

Oui/Yes

non/No

### ORDONNANCE/PRESCRIPTION

**Quantité cannabis** /Daily quantity of Cannabis

**Par jour**/per day

**Période d'usage** /Period of use

**mois**/months

**Adresse de la consultation du médecin**/address of consultation (cochez, check box)

2377, rue Principale Ouest, Magog, J1X 0J4

1733, rue Berri, Montréal, H2L 4E9

7, Carrefour de la Santé, Roxton Pond, J0E 1Z0

68 Ave. De la Gare, St-Sauveur, J0R 1R0

135 Ave Gaetan-Archambault, Amqui, G5J 2K5

900, boul. du Séminaire N, St-Jean-sur-Richelieu, #870, J3A 1C3

**Autre** (précisez)/Other (please specify) : \_\_\_\_\_



## INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES/SPECIFIC INSTRUCTIONS

**Prénom patient**/Patient First name

**Nom de famille** patient/Patient Last Name

**Diagnostic**/Diagnosis \_\_\_\_\_

**Huile seulement** /Oil only

**CBD seulement** /CBD only

**Vétérant**/patient is a veteran

Si oui, indiquez le numéro/if so, indicate number

**Prescription valide uniquement pour les producteurs suivants (svp cochez) :**

This prescription is valid only for the following LP (Please check box):

SPECTRUM

ORGANIGRAM

APHRIA

HEXO

TILRAY

**Autre (précisez)/other** (please specify)

## DÉCLARATION/DECLARATION

J'atteste que les renseignements qui y figurent sont exacts et complets

I attest that the information contained herein is correct and complete

**Nom du médecin**

Name of physician

**no. permis**/license No.

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jour/mois/année) (day/month/year)

J'autorise Nature Médic à transmettre ce document par télécopie sécurisée et je reconnais que le Document Médical reçu est maintenant l'original et que j'ai conservé une copie pour mes dossiers. Cette ordonnance ne peut être remplie que par le producteur autorisé par Santé Canada identifié ci-haut en vertu du RACFM.

I authorize Nature Medic to send this document on my behalf by secured fax and I acknowledge that the received document is the original and that I have kept a copy for my records. This prescription may only be filled by the licensed producer listed above authorized by Health Canada under the Cannabis Act.

**FAXER AU (819) 769-1709**

MONTRÉAL – MAGOG – ROXTON POND – ST-SAUVEUR – SAGUENAY

[www.naturemedic.ca](http://www.naturemedic.ca)