



PRESCRIPTION DE CANNABIS MÉDICAL

Courriel : info@naturemedic.ca

T. (819) 588-1205

F. (819) 769-1709

NM_P-CAN rev.2022-03

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

Mieux-Être, 7600 blv. Viau, Mtl, H1S 2P3

Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (BMP)
950, rue Principale, Cowansville, J2K 1K3

309, rue Montcalm, Chicoutimi, G7J 1E9

Autre (précisez)/Other (please specify) : _____

INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES/SPECIFIC INSTRUCTIONS



PRESCRIPTION DE CANNABIS MÉDICAL

Prénom patient/Patient First name

Nom de famille patient/Patient Last Name

Diagnostic/Diagnosis _____

Huile seulement /Oil only

CBD seulement /CBD only

Vétéran/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

APHRIA

HEXO

TILRAY Medical

Autre (précisez)/other (please specify)

DÉCLARATION/DECLARATION

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

I attest 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 – SAGUENAY

www.naturemedic.ca

SIÈGE SOCIAL

2377 RUE PRINCIPALE OUEST
LOCAL 120, MAGOG, QC, J1X 0J4