

Courriel : [info@naturemedic.ca](mailto:info@naturemedic.ca) T. (819) 588-1205 F. (819) 769-1709

NM\_Px-CAN

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/PATIENT DETAILS

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

GRAMMES 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 O. Magog, J1X 0J4

1 Westmount Square, Mtl, H3Z 2P9

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

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

309, rue Montcalm, Chicoutimi, G9J 1E9

Clinique Santé Nouveau Monde  
552, QC/17, Piedmont, J0R 1K0

412 du Saguenay E, Suite 200, Chicoutimi  
G7H 7Y8

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

**INSTRUCTIONS SPÉCIFIQUES/SPECIFIC INSTRUCTIONS**

**Prénom/Nom de famille patient / Patient First and Last Name**

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

**Aucune inhalation**   
**No Inhalation**

**CBD seulement**   
**CBD only**

**Crème topique CBD/THC autorisée**   
**Topical cream CBD/THC authorised**

**Vétérant/patient is a veteran**  Si oui, numéro/if so, number :

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

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

TILRAY  ESTORA  SPECTRUM  HEXO

**Autre (précisez)/other (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**  **no. permis/license No.**   
**Name of physician**

**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 ou par courriel à : [info@naturemedic.ca](mailto:info@naturemedic.ca)**