



P.O BOX 40  
PICKERING, ON  
L1V 2R2  
[onboarding@abbamedix.com](mailto:onboarding@abbamedix.com)  
TEL: 1-844-696-3349  
FAX: 905-492-8420

### Document médical

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT		
Nom de famille:	Prénom:	
Date de naissance (aaaa/mm/jj):	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non conforme au genre
Courriel:	Numéro de téléphone:	
Quantité de cannabis médical prescrite par jour: _____ g/jour	K#/Dossier ACC: _____	
Nombre total de grammes de cannabis médical prescrits par jour: _____ g/jour		
Période d'utilisation _____	<input type="checkbox"/> Jours	<input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Années
Diagnostic:		
Taux de THC recommandé (pour la forme sèche et huileuse) Taux de THC maximum ___% Aucune restriction <input type="checkbox"/>		
RENSEIGNEMENTS SUR LES PRATIQUANTS DE SOINS DE SANTÉ		
Nom et prénom:	Profession:	
Nom de la clinique:		
Numéro de(s) licence(s):	Province d'inscription:	
Adresse professionnelle et de consultation:		
Ville:	Province:	Code postal:
Téléphone:	Fax:	
Rendez-vous effectué: En personne <input type="checkbox"/>	Télémédecine <input type="checkbox"/>	Par téléphone <input type="checkbox"/>
DÉCISION ÉCRITE		
<i>Remarque : La quantité maximale de cannabis séché qu'un client peut posséder ne peut dépasser la quantité quotidienne maximale autorisée, selon la Loi sur le cannabis et son Règlement sur le cannabis. La période d'utilisation ne peut pas excéder un an et débutera le jour où le document est signé par le professionnel de la santé.</i>		
Je ..... (Praticien(ne) en soins de santé) atteste que les renseignements fournis dans ce document sont exactes et complètes.		
Signature du professionnel de la santé: ..... Date: .....		
Si votre patient choisit d'obtenir du cannabis à des fins médicales par un producteur autorisé, ce document médical peut être envoyé par le professionnel de la santé au producteur autorisé par télécopie sécurisée. Si vous choisissez d'envoyer le document médical par télécopie sécurisée, inscrivez vos initiales dans la déclaration ci-dessous pour confirmer l'accord:		
Je reconnais que le document médical transmis par fax constitue désormais l'original, et que j'en ai conservé une copie pour mes dossiers uniquement. <input type="checkbox"/>		