

# INSTRUCTIONS RELATIVES AU DOCUMENT MÉDICAL



Le formulaire ci-dessous doit être rempli par un professionnel de la santé, tel qu'un médecin de famille, un spécialiste ou, dans certaines provinces et certains territoires, une infirmière praticienne.

## REMARQUE À L'INTENTION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :

Vous pouvez nous faire parvenir le Document médical en nous envoyant la copie papier originale, en nous télécopiant ou en enregistrant les patients en ligne au [emblemcannabis.com/for-physicians](https://emblemcannabis.com/for-physicians).




COPIE PAPIER ORIGINALE	TÉLÉCOPIE
Veillez nous envoyer le Document médical original rempli et signé.	Nous pouvons aussi accepter ce document quand il est télécopié directement de votre bureau. En signant le Document médical, vous reconnaissez que le document que vous télécopiez est maintenant le Document médical original.
<b>Emblem Cannabis</b> B.P. 262, Station Main Paris (Ontario) N3L 3G2	<b>1-844-442-2467</b>

### **Q :** *Est-ce que mon médecin peut utiliser son propre Document médical au lieu du document d'Emblem?*

Oui, pourvu que les mêmes critères que ceux utilisés dans notre Document médical soient satisfaits et que l'information obligatoire requise pour l'inscription soit incluse. Nous recommandons de comparer notre Document médical avec la version de votre médecin pour faire en sorte que toute l'information soit incluse dans le formulaire et éviter que votre inscription soit retardée.



Des questions? Appelez-nous.  
1-844-546-3633

Vous voulez en savoir davantage?  
Emblem Cannabis -   



UNE DIVISION DE

 Aleafia Health

©2020 Aleafia Health Inc.  
Tous droits réservés.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Prénom :	Nom :	Sexe :	Date de naissance : (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre	

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

Prénom :	Nom :	Profession :	
Numéro de licence :		Province où la licence a été émise :	
Adresse d'affaire :			
Ville :		Province :	Code postal :
Courriel :		Téléphone :	Télécopieur :
Lieu de la consultation (S'il diffère de l'adresse d'affaire) :			
Ville :		Province :	Code postal :
Mode de communication privilégié : <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/> TÉLÉCOPIEUR			

**DOSE AUTORISÉE DE CANNABIS MÉDICAL**

Quantité (grammes par jour) :	Durée (maximum de 1 an) :
	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois
Recommandations relatives au produit (optionnelles) :	Diagnostic du patient (optionnel) :
<input type="checkbox"/> USAGE SUGGÉRÉ <input type="checkbox"/> USAGE OBLIGATOIRE	
Commentaires additionnels :	

Je certifie par la présente que l'information incluse dans le présent document est correcte et complète. En outre, il est entendu que le Document médical télécopié devient maintenant le Document médical original, et que j'ai conservé un exemplaire de ce document pour mes dossiers seulement.

Signature du professionnel de la santé :	Date : (AAAA/MM/JJ)
--	---------------------

**RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU :**  SR

 Des questions? Appelez-nous.  
 1-844-546-3633

 Vous voulez en savoir davantage?  
 Emblem Cannabis -   


UNE DIVISION DE

 ©2020 Aleafia Health Inc.  
 Tous droits réservés.