



CICM

CONSULTANT EN CANNABIS MÉDICAL

CICM – Consultant en Cannabis Médical

2750, chemin Ste-Foy, suite 207

Québec G1V 1V6

Tél. : 418 659.4000 / Téléc. : 1 855 658.4605

DOCUMENT MÉDICAL

(Tous les champs sont requis sauf avis contraire)

Le présent Document Médical doit être complété par le praticien en soins de santé autorisé tel que défini par Santé Canada dans le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Un praticien en soins de santé autorisé inclut les médecins de toutes les provinces et de tous les territoires ainsi que les infirmiers praticiens de toutes les provinces et de tous les territoires où la prescription de la cannabis séché à des fins médicales est permise dans le cadre de leur pratique.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT			
NOM DE FAMILLE:	PRÉNOM:		
TÉLÉPHONE À DOMICILE:	CELLULAIRE:		
COURRIEL:	DATE DE NAISSANCE (J/M/A):	ÂGE ACTUEL:	SEXE: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS DU PRATICIEN EN SOINS DE SANTÉ (MÉDECIN OU INFIRMIER PRATICIEN)			
NOM DE FAMILLE DU PRATICIEN:		PRÉNOM DU PRATICIEN:	
PROFESSION:	JE SUIS AUTORISÉ À PRATIQUER DANS LA (LES) PROVINCE(S) SUIVANTE(S):	N° DE(S) LICENCE(S):	
ADRESSE PROFESSIONNELLE:		NUMÉRO D'UNITÉ (si applicable):	
VILLE:	PROVINCE:	CODE POSTAL:	
TÉLÉPHONE:	TÉLÉCOPIEUR:	COURRIEL:	
ADRESSE OÙ LE PATIENT A CONSULTÉ LE PRATICIEN EN SOINS DE SANTÉ (SI DIFFÉRENTE DE LA PRÉCÉDENTE):		NUMÉRO D'UNITÉ (si applicable):	
VILLE:	PROVINCE:	CODE POSTAL:	

PRESCRIPTION	
QUANTITÉ DE CANNABIS SÉCHÉ PRESCRITE POUR LE (LA) PATIENT(E) SUSMENTIONNÉE(E) À CONSOMMER QUOTIDIENNEMENT: _____ GRAMMES/ JOUR	
POUR LA PÉRIODE D'UTILISATION SUIVANTE: _____ JOUR(S) _____ SEMAINE(S) _____ MOIS (NE PEUT EXCÉDER UN AN).	
DIAGNOSTIC OU RAISON DE LA DEMANDE DE PRESCRIPTION DE CANNABIS (requis seulement si la facturation directe sera soumise aux Anciens Combattants Canada):	
POURCENTAGE MAXIMAL DE THC: _____ % (FACULTATIF)	POURCENTAGE MAXIMAL DE CBD: _____ % (FACULTATIF)
CETTE CONSULTATION A-T-ELLE ÉTÉ EFFECTUÉE PAR TÉLÉMÉDECINE (MEDEO, SKYPE) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
SIGNATURE du praticien en soins de santé signifiant que ce formulaire est rempli de façon conforme:	DATE (J/M/A)

* L'original de ce document doit parvenir à C.I.C.M. une fois complété, par la poste ou en main propre. Il est également possible d'envoyer une copie de celui-ci par télécopieur en provenance de l'adresse professionnelle du praticien en soins de santé.

INITIALES

Initiales du praticien en soins de santé si ce Document Médical est soumis à C.I.C.M. par télécopieur

Je, praticien en soins de santé pour le (la) patient(e) susmentionné(e), choisis de soumettre l'original de ce Document médical par télécopieur au numéro inscrit dans l'entête. Je reconnais que le Document médical envoyé par télécopie devient maintenant l'original et que celui en ma possession est désormais une copie, retenu à des fins de tenue de dossiers seulement.

INITIALES

Initiales du praticien en soins de santé si vous allez recevoir le cannabis médicinal du (de la) patient(e) à votre adresse professionnelle

Je, praticien en soins de santé pour le (la) patient(e) susmentionné(e), consens à recevoir du cannabis médical au nom de mon (ma) patient(e) à l'adresse professionnelle mentionnée sur ce Document médical. *** Si, à tout moment, vous désirez arrêter de recevoir du cannabis médical au nom de votre patient(e), vous devez envoyer un avis écrit mentionnant votre intention au requérant ainsi qu'au producteur autorisé.