

Service de prescription médicale de marijuana

Pharmacann Reconnaissance des médecins pour les résidents du Québec

Je, _____ déclare être atteint de la maladie ou des symptômes suivants (brève description): _____

Je _____ déclare par conséquent que je ne souhaite pas faire partie du registre québécois même si je suis un résident de la province de Québec. Je souhaite être évalué par un médecin Pharmacann pour voir si je suis un candidat qualifié pour le cannabis médical au moyen de la vidéoconférence. J'ai informé le médecin Pharmacann nommé que j'ai ce rendez-vous dans la province de l'Ontario.

Je _____ comprends que le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (ACMPR) est un programme fédéral et que j'ai le droit d'y avoir accès si je suis un candidat qualifié.

Je _____ comprends également que je peux refuser de signer ce formulaire.

Consentement à divulguer des renseignements personnels sur la santé

En vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)

Je _____, autorise _____ à divulguer mes renseignements médicaux personnels comprenant :

(Décrivez les renseignements personnels sur la santé à divulguer)

OU les renseignements médicaux personnels sur la santé de _____

(Nom de la personne pour laquelle vous êtes le décideur substitut)

Comportant: _____

Je comprends le but de la divulgation de ces renseignements personnels sur la santé de la personne mentionnée ci-dessus et je comprends également que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement.

Nom: _____ Adresse: _____

Tél. Maison: (_____) _____

Tél. Travail: (_____) _____

Signature: _____ Date: _____

***Veuillez noter : un mandataire spécial est une personne autorisée en vertu de la LPRPS à consentir, au nom d'une personne, à divulguer des renseignements personnels sur la santé de la personne.**