



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible à: [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Envoyer la demande remplie par poste ou télécopieur:

B.P. 92068-9200 Weston Road

Vaughan, Ontario L4H 3J3

Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Inscription de nouveau patient PAGE 1 | Formulaire B: Pour patients sans résidence  
Version 3.0 Juin 2016  
(refuge, auberge, institute)

**REMARQUE IMPORTANT:**

Lors du renvoi de cette demande, veuillez inclure le document médical original signé et daté par votre Praticien de Santé. Le document médical original est nécessaire pour compléter votre inscription.

**Renseignement du patient**

Nom du patient:    
Prénom Surnom

Date de naissance: Mois  Jour  Année

Sexe: Homme  Femme  Ancien combattant:  Numéro d'ACC:

Adresse courriel:  Veuillez m'inscrire pour recevoir d'information sur Canntrust™ Adresse courriel nécessaire

**Soignant responsable pour le patient**

Soignant 1:    
Prénom Surnom

Date de naissance: Mois  Jour  Année

Sexe: Homme  Femme

Adresse Courriel   Veuillez m'inscrire pour recevoir d'information sur Canntrust™ Adresse courriel nécessaire

Je,  suis responsable pour   
Soignant Nom du patient

Signature du soignant \_\_\_\_\_ Date

Soignant 2:    
Prénom Surnom

Date de naissance: Mois  Jour  Année

Sexe: Homme  Femme

Adresse Courriel  Veuillez m'inscrire pour recevoir d'information sur Canntrust™ Adresse courriel est nécessaire

Je,  suis responsable pour   
Soignant Nom du patient

Signature du soignant \_\_\_\_\_ Date



Inscription du nouveau patient PAGE 2 | Formulaire B: Pour patients sans résidence

Version 3.0 Juin 2016

(refuge, auberge, institute)

Information de l'établissement

Nom de l'établissement:

Type de l'établissement:

Nom du Gérant:    
Prénom Surnom

Expédier produit  
ici

Adresse

Ville  Province  Code Postal

Numéro de téléphone  Télécopieur

Adresse courriel

Adresse postale  Expédier produit  
ici

Adresse

Ville  Province  Code Postal

Adresse d'expédition (si différente de l'adresse postale)  Expédier produit  
ici

Adresse

Ville  Province  Code Postal

Je,  atteste que   
Nom du Gérant Nom de l'établissement

offre la nourriture, logement et autres services à

Nom du Patient

Signature du Gérant \_\_\_\_\_ Date

Information du Praticien

Nom:     
Titre Prénom Surnom

Nom du clinique/  
établissement

Adresse

Ville  Province  Code Postal

Numéro de téléphone  Télécopieur



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible à: [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Envoyer la demande remplie par la poste ou télécopieur:

B.P. 92068- 9200 Weston Road

Vaughan, ON L4H 3J3

Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Inscription du nouveau patient PAGE 3 | Formulaire B: Pour patients sans résidence

Version 3.0 Juin 2016

### Information supplémentaires (optionelle)

N'hésitez pas à nous fournir des renseignements concernant vos affections médicales, vos troubles et vos symptômes.

N'hésitez pas à nous fournir des renseignements concernant vos préférences en matière de cannabis médical (le cas échéant).

Ex: Préférences en matière.

Y a-t-il d'autres information que vous pourriez nous fournir?

Seriez-vous intéressé à participer à des essais clinique?

Oui

Non

### Le patient ou la personne responsable pour le patient doit lire et reconnaître ce qui suit:

Le patient est ordinairement un résident du Canada.

Les renseignements figurant dans la demande et le document médical sont exacts et complets.

Le document médical n'est pas utilisé pour demander ou obtenir de la cannabis séchée d'une autre source.

L'original document médical a été joint à cette demande.

Le patient consommera la cannabis séchée pour ses propres besoins médicaux.

Si vous êtes titulaire d'une autorisation de possession accordée en vertu du RACFM et que vous vous inscrivez auprès de CannTrust™, sachez que lorsque vous serez inscrit, l'original de votre autorisation sera remis à Santé Canada.

Le patient reconnaît et convient qu'il consommera la cannabis médicale obtenue auprès de CannTrust™ à ses propres risques et qu'il dégage CannTrust™(et ses partenaires, dirigeants, fournisseurs, administrateurs et employés) de toutes réclamation, pour suite, plainte et demande pour dommages, pertes ou blessures résultant directement ou indirectement de l'utilisation de la marijuana médicale séchée reçue de CannTrust™.

Le patient reconnaît et comprend que la sécurité d'emploi et les risques associés à l'utilisation du cannabis n'ont pas été pleinement étudiés et qu'une dose standard de cannabis médicale n'a pas encore été établie.

Le patient consent que le professionnel de la santé mentionné dans le présent document divulgue des renseignements personnels sur la santé à CannTrust™ dans le but de se conformer aux exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à fins médicales (RACFM). Le patient comprend et convient qu'une exemplaire de la demande d'inscription et de consentement sera remis au professionnel de la santé nommé dans la présente demande d'inscription.

Signature du patient/soignant \_\_\_\_\_

Date