

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### Éducation sur le cannabis à usage médical seulement

### Évaluation relative à l'usage du cannabis à des fins médicales

### Autorisation en matière d'usage de cannabis à des fins médicales

**SVP télécopier et/ou fournir l'information clinique additionnelle suivante :**

1. Copie de tout rapport pertinent à la requête / Lettre d'un médecin spécialiste

2. Diagnostic / motif de la référence :

3. Traitements essayés à ce jour :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Médicaments actuellement prescrits :

5. Antécédents médicaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Numéro du permis : \_\_\_\_\_

Date : ( jj/mm/aaaa ) \_\_\_\_\_

Adresse du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

### CURA-HUMA+

1, carré Westmount  
Immeuble 1, bureau C170  
Westmount (Québec) H3Z 2P9

Téléphone : 514 904-0455  
Télécopieur : 514 940-2266  
Courriel : [info@curahumaplus.ca](mailto:info@curahumaplus.ca)