Demande d'accès au dossier médical

Identification du patient

Prénom et nom	**N° d'ancien combattant** *(si applicable)* K	
N° de carte de santé *(inclure le code de version)* **ou N° M/R/UCI**	**Province ou territoire du régime de soins de santé**	
Adresse	**Date de naissance** *(AAAA/MM/JJ)*	**Sexe** ☐ Homme ☐ Femme
Ville / Province / Code postal	**Téléphone** *(Résidence)*	*(Cellulaire)*
Courriel ☐ Envoyer les détails de mon rendez-vous par courriel	Peut-on laisser un message vocal à ce numéro? Oui ☐ Non ☐	☐ Envoyer les détails de mon rendez-vous par texto
Nom de l'aidant du patient *(à contacter, si applicable)*		

☐ Je confirme avoir 19 ans ou plus et, par conséquent, je suis autorisé(e) à demander un rendez-vous sans recommandation.

☐ Veuillez cocher la case si vous souhaitez recevoir des communications et / ou promotions électroniques de la part des Cliniques de Cannabis Canadiennes. Vous pouvez vous désabonner à tout moment en cliquant sur le lien de désabonnement situé au bas de nos courriels.

Consentement pour la divulgation des renseignements personnels

Symptômes principaux : *(ex. : douleurs, troubles du sommeil, tremblements)* _____

Conditions médicales/diagnostics : *(ex: arthrite, insomnie, maladie de Parkinson)* _____

À l'attention du médecin du patient. Le patient mentionné ci-dessus demande une évaluation médicale pour du cannabis.

J'aimerais recevoir tout renseignement que vous avez pour soutenir ou réfuter ce diagnostic, ainsi que tout renseignement sur les tentatives précédentes et actuelles pour traiter ce problème de santé de manière traditionnelle.

Veuillez joindre des copies des épreuves diagnostiques, des rapports médicaux et toutes autres informations pertinentes.

Veuillez fournir les renseignements relatifs à votre médecin ci-dessous.

J'autorise, Dr (Dre) : _____

Adresse du bureau : _____

Téléphone : _____ **Télécopieur :** _____

à divulguer mes renseignements personnels à :

Dr Dave Chaudhary

Centre d'administration central, 80 rue King, Unité 2, St. Catharines, ON L2R 7G1

1-289-273-3851 1-888-261-7116 ou 1-905-688-2882 bonjour@cliniquesdecannabis.ca

Signature du patient : _____ **Date :** _____

S.V.P. veuillez nous faire parvenir le formulaire rempli :

Par télécopieur au 1-888-261-7116 ou au 1-905-688-2882
Par courriel à bonjour@cliniquesdecannabis.ca
En personne ou par la poste (consultez *www.cannabisclinics.ca/fr* pour la liste complète de nos cliniques)

Pour plus d'information, veuillez composer le 1-888-256-7043

cliniques de cannabis canadiennes

Demande d'accès au dossier médical

Lieu du rendez-vous

Sélectionnez une clinique pour votre consultation

Ontario

- ☐ Burlington
- ☐ Guelph
- ☐ Hamilton*
- ☐ Kingston
- ☐ Kitchener
- ☐ London
- ☐ Mississauga
- ☐ Ottawa
- ☐ Ottawa (Nepean)
- ☐ Peterborough
- ☐ St. Catharines
- ☐ Whitby
- ☐ Windsor

Alberta

- ☐ Calgary*
- ☐ Edmonton
- ☐ Medicine Hat

* Cliniques affiliées

OU

Service de consultation virtuelle

Les rendez-vous virtuels se font par vidéoconférence sécurisée avec un professionnel de la santé et un éducateur en cannabis médicinal.

Actuellement offert dans les provinces et territoires canadiens, à l'exception du Québec. Ce service est présentement offert en anglais seulement. Communiquez avec nous pour plus de détails.

☐ Cochez cette case si vous préférez une consultation virtuelle.

S.V.P. veuillez nous faire parvenir le formulaire rempli :

Par télécopieur au 1-888-261-7116 ou au 1-905-688-2882
Par courriel à bonjour@cliniquesdecannabis.ca
En personne ou par la poste (consultez *www.cannabisclinics.ca/fr* pour la liste complète de nos cliniques)

Pour plus d'information, veuillez composer le 1-888-256-7043

cliniques de cannabis canadiennes