

PRESCRIPTION FOR MARIHUANA FOR MEDICAL PURPOSES
ORDONNANCE DE MARIHUANA À DES FINS MÉDICALES

S. 125 MARIHUANA FOR MEDICAL PURPOSES REGULATIONS – S. 125 RÉGLEMENT SUR LA MARIHUANA À DES FINS MÉDICALES

Your Medical Document
 Version 420.1: Jan 2014
 Tel: 855-333-3420

PATIENT – PATIENT

Given Name - Prénom	Surname - Nom	Date of Birth - Date de naissance		
		DD JJ	MM MM	YYYY AAAA

PRESCRIPTION – ORDONNANCE

Rx

Daily quantity of dried marihuana to be used by the patient: _____ # grams per day
 Quantité quotidienne de marihuana séchée qui sera utilisée par le patient: _____ # grammes par jour

The period of use is: _____ # of day(s) _____ # of week(s) _____ # of month(s)
 La période d'utilisation est: _____ # de jour(s) _____ # de semaine(s) _____ # de mois

NOTE: *The period of use cannot exceed one year.*
REMARQUE : *La période d'utilisation ne peut dépasser une année.*

HEALTH CARE PRACTITIONER – PRACTICIEN DE LA SANTÉ

Given Name - Prénom	Surname - Nom	Licence number - Numéro de licence
---------------------	---------------	------------------------------------

Profession - Profession

Province(s) Authorized to Practice - Province(s) à l'autorisation de pratiquer

Telephone - Téléphone	Facsimile (if applicable) - Télécopieur (s'il y a lieu)	E-mail (if applicable) - Courriel (s'il y a lieu)
-----------------------	---	---

Business Address - Adresse d'affaires

SUITE SUITE	NUMBER NUMÉRO	STREET RUE
----------------	------------------	---------------

CITY VILLE	PROVINCE PROVINCE	POSTAL CODE CODE POSTALE
---------------	----------------------	-----------------------------

Address at which patient consulted medical practioner (if different) - Adresse du lieu auquel le patient a consulté le praticien de la santé (si différente)

SUITE SUITE	NUMBER NUMÉRO	STREET RUE
----------------	------------------	---------------

CITY VILLE	PROVINCE PROVINCE	POSTAL CODE CODE POSTALE
---------------	----------------------	-----------------------------

I attest that the information contained in this document is correct and complete.
J'atteste que les renseignements qui y sont contenus sont exacts et complets.

Signature - Signature	Date - Date
	DD JJ MM MM YYYY AAAA