

## Demande d'accès au dossier médical

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (MM/JJ/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
N° DE CARTE DE SANTÉ (inclure le code de version si applicable)	PROVINCE OU TERRITOIRE DU RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ	
K/M/R/IUC (si applicable)	TÉLÉPHONE (Résidence)	(Cellulaire)
ADRESSE	Peut-on laisser un message vocal à ce numéro? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Envoyer les détails de mon rendez-vous par texto</span>	
VILLE/ PROVINCE / CODE POSTAL	COURRIEL	
NOM DE L' AIDANT DU PATIENT QUI PEUT ÊTRE CONTACTÉ (SI APPLICABLE)		

- Veuillez cocher la case si vous souhaitez recevoir électroniquement des communications et/ou promotions des Cliniques de Cannabis Canadiennes. Vous pouvez vous désabonner à tout moment en cliquant sur le lien de désinscription situé au bas de nos courriels.
- Je confirme avoir 25 ans ou plus et, par conséquent, je suis autorisé(e) à demander un rendez-vous sans recommandation.

Le patient mentionné ci-dessus demande une évaluation pour le cannabis médical.

Problème principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic et symptômes : \_\_\_\_\_

**J'apprécierais recevoir toute information que vous avez pour soutenir ou réfuter ce diagnostic, et l'information détaillant les tentatives précédentes et actuelles pour traiter cette condition conventionnellement.**

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

## Consentement pour la divulgation des renseignements personnels

J'autorise, Dr. (Dre.): \_\_\_\_\_

ADRESSE DE BUREAU: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR: \_\_\_\_\_

à divulguer les renseignements à

**Dr. Barry Waisglass, Directeur Médical**

Centre d'administration centrale, 80 rue King, Unité 2

St. Catharines, ON L2R 7G1

**Tél.:** 289.273.3851 **Téloc.:** 1-888-261-7116 **Courriel:** [bonjour@cliniquesdecannabis.ca](mailto:bonjour@cliniquesdecannabis.ca)

Signature du patient: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Demande d'accès au dossier médical

## Sélectionnez votre clinique pour la prise de rendez-vous:

### Ontario:

- |                                       |                                      |   |  |                                       |   |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amherstburg* | <input type="checkbox"/> Collingwood | <input type="checkbox"/> Kingston       | <input type="checkbox"/> Markham       | <input type="checkbox"/> Nepean       | <input type="checkbox"/> Scarborough*       | <input type="checkbox"/> Toronto (Midtown)* |
| <input type="checkbox"/> Brampton*    | <input type="checkbox"/> Etobicoke   | <input type="checkbox"/> Kitchener      | <input type="checkbox"/> Mississauga   | <input type="checkbox"/> Ottawa       | <input type="checkbox"/> St. Catharines     | <input type="checkbox"/> Whitby             |
| <input type="checkbox"/> Brantford*   | <input type="checkbox"/> Guelph      | <input type="checkbox"/> London         | <input type="checkbox"/> Mississauga   | <input type="checkbox"/> Peterborough | <input type="checkbox"/> Sudbury            | <input type="checkbox"/> Windsor            |
| <input type="checkbox"/> Burlington   | <input type="checkbox"/> Hamilton*   | <input type="checkbox"/> London (South) | <input type="checkbox"/> (Cooksville)* | <input type="checkbox"/> Sarnia*      | <input type="checkbox"/> Toronto (Danforth) |   |

### Alberta:

- |                                   |  |  |                                       |
|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calgary* | <input type="checkbox"/> Edmonton (North)* | <input type="checkbox"/> Fort McMurray | <input type="checkbox"/> Medicine Hat |
| <input type="checkbox"/> Edmonton | <input type="checkbox"/> Edmonton (NW)*    | <input type="checkbox"/> Lloydminster* |                                       |

### Québec:

- |                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bromont*  | <input type="checkbox"/> Saint-Bruno* |
| <input type="checkbox"/> Brossard* |                                       |

### C-B:

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vancouver* |
|-------------------------------------|

\*Cliniques affiliées

## Rendez-vous en ligne – Home Care (Ontario seulement)

- Cochez cette case si vous seriez intéressé à avoir un rendez-vous en ligne via un service vidéo sécurisé.

Consultation médicale par l'entremise d'un portail vidéo sécuritaire, accessible de la maison ou de l'endroit de choix du patient. Disponible pour seulement 19,99\$ et réservé aux résidents de l'Ontario.

## Comment avez-vous entendu parlez des Cliniques de Cannabis Canadiennes?

- Participation à une soirée d'information communautaire organisée par les Cliniques de Cannabis Canadiennes

Si vous avez répondu **oui**, veuillez cochez la clinique hôte:

### Ontario:

- |                                       |                                      |   |  |                                       |   |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amherstburg* | <input type="checkbox"/> Collingwood | <input type="checkbox"/> Kingston       | <input type="checkbox"/> Markham       | <input type="checkbox"/> Nepean       | <input type="checkbox"/> Scarborough*       | <input type="checkbox"/> Toronto (Midtown)* |
| <input type="checkbox"/> Brampton*    | <input type="checkbox"/> Etobicoke   | <input type="checkbox"/> Kitchener      | <input type="checkbox"/> Mississauga   | <input type="checkbox"/> Ottawa       | <input type="checkbox"/> St. Catharines     | <input type="checkbox"/> Whitby             |
| <input type="checkbox"/> Brantford*   | <input type="checkbox"/> Guelph      | <input type="checkbox"/> London         | <input type="checkbox"/> Mississauga   | <input type="checkbox"/> Peterborough | <input type="checkbox"/> Sudbury            | <input type="checkbox"/> Windsor            |
| <input type="checkbox"/> Burlington   | <input type="checkbox"/> Hamilton*   | <input type="checkbox"/> London (South) | <input type="checkbox"/> (Cooksville)* | <input type="checkbox"/> Sarnia*      | <input type="checkbox"/> Toronto (Danforth) |   |

### Alberta:

- |                                   |  |  |                                       |
|-----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calgary* | <input type="checkbox"/> Edmonton (North)* | <input type="checkbox"/> Fort McMurray | <input type="checkbox"/> Medicine Hat |
| <input type="checkbox"/> Edmonton | <input type="checkbox"/> Edmonton (NW)*    | <input type="checkbox"/> Lloydminster* |                                       |

### Québec:

- |                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bromont*  | <input type="checkbox"/> Saint-Bruno* |
| <input type="checkbox"/> Brossard* |                                       |

### C-B:

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vancouver* |
|-------------------------------------|

\*Cliniques affiliées

- Présence à un salon du commerce ou exposition ex: Lift ou 55+ Lifestyle Show

- Article en ligne ou imprimé à propos de CCC

- Site web

- Participation à une présentation sur le cannabis médical à un groupe de soutien aux patients

- Participation à une présentation sur le cannabis médical à une réunion d'un groupe communautaire

- Autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**S.V.P. veuillez nous faire parvenir le formulaire complété:**

Par télécopieur: 1-888-261-7116

Par courriel: [bonjour@cliniquesdecannabis.ca](mailto:bonjour@cliniquesdecannabis.ca)

En personne ou par la poste (adresses des emplacements):

[www.cliniquesdecannabis.ca](http://www.cliniquesdecannabis.ca)

Pour d'autres informations, veuillez téléphoner le : 1-888-256-7043