



DOCUMENT MÉDICAL

Ce document doit être complété par votre professionnel de la santé.
Tous les champs sont requis, à moins d'indications contraires par un * pour les champs facultatifs.

Renseignement sur le patient

Nom du patient	<input type="text"/> Prénom	<input type="text"/> Nom de famille
Date de naissance	<input type="text"/> (MM/JJ/AAAA)	
Coordonnées	<input type="text"/> Téléphone	<input type="text"/> Courriel *

Prescription

Quantité	<input type="text"/> Grammes/Jour	<input type="text"/> Durée en jours (Max. 365 jours)	<input type="text"/> Max. THC *
Diagnostic / Condition médicale*	<input type="text"/>		
<input type="text"/> Signature du praticien de la santé	<input type="text"/> Date (MM/JJ/AAAA)		

* **INITIALES DU PRATICIEN DE LA SANTÉ : Dans le cas où ce document est envoyé à Fly High Inc par télécopieur sécurité**
À titre de médecin du patient, je sou mets le document médical original par télécopieur sécurisé à Fly High Inc. Je conçois que la télécopie reçue par Fly High Inc est le document original et que le présent document est considéré comme une copie et est conserver à des fins d'archivages seulement.

* **INITIALES DU PRATICIEN DE LA SANTÉ : Dans le cas où le cannabis médical du patient est expédié à votre adresse professionnelle**
À titre de médecin du patient, j'accepte d'avoir le cannabis médical du patient livré à l'adresse de mon lieu de pratique indiquée ci-dessous. Pour toute résiliation à votre consentement, un avis écrit doit être envoyé au patient et au producteur.

INITIALES DU PRATICIEN DE LA SANTÉ : L'information du présent document est exacte et complète.
À titre de médecin du patient, je déclare que l'information de ce présent document est exacte et complète.

Information du praticien de la santé

Titre et nom du praticien de la santé	<input type="text"/> Titre	<input type="text"/> Prénom	<input type="text"/> Nom de famille
Information générale	<input type="text"/> Spécialité	<input type="text"/> N° de licence	<input type="text"/> Province(s) autorisé à exercer
Lieu de pratique	<input type="text"/> Adresse du lieu de pratique		<input type="text"/> N° appartement *
	<input type="text"/> Ville	<input type="text"/> Province	<input type="text"/> Code Postal
Lieu de consultation* (si différente que celle du lieu de pratique)	<input type="text"/> Adresse du lieu de pratique		<input type="text"/> N° appartement *
	<input type="text"/> Ville	<input type="text"/> Province	<input type="text"/> Code Postal