

## ① RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PATIENT OU DE LA PATIENTE

Langue de préférence

Français  Anglais

Première inscription

Renouvellement

Homme  Femme  Non binaire

Condition médicale (facultatif)

Symptômes (facultatif)

Êtes-vous un(e) ancien(ne) combattant(e) du Canada?  Oui  Non *Si votre régime d'avantages sociaux inclut le cannabis médical, veuillez indiquer votre numéro de dossier (numéro K)*

Relâché du service

N° de police ou de dossier

Encore en service

Nom du fournisseur de la police

*En indiquant votre numéro de dossier ou votre numéro de police, vous autorisez Tilray Medical à partager vos détails avec les Anciens Combattants du Canada et/ou votre assureur.*

Prénom

Nom de famille

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° de téléphone principal

N° de téléphone secondaire

Adresse courriel

## ② ADRESSE POUR LA LIVRAISON (Résidence principale)

Organisation *(si vous n'habitez pas dans une résidence privée)*

Adresse

Appartement/suite

Code d'entrée/case postale  
(le cas échéant)

Ville

Province

Code postal

### Type de résidence

Privée

Maison de retraite

\*Refuge ou hôtel

Maison de groupe ou autre

\*Une attestation de résidence est nécessaire si votre lieu de résidence est un refuge ou un hôtel :

N° de téléphone

N° de télécopieur

Adresse courriel (gérant/gérante)

Signature (gérant/gérante)

Date (JJ/MM/AAAA)

## ③ ADRESSE POSTALE

Même que l'adresse résidentielle ci-dessus

Adresse

Appartement/suite

Code d'entrée/case postale  
(le cas échéant)

Ville

Province

Code postal

## 4 PERSONNE AIDANTE OU TITULAIRE À COMPLÉTER UNIQUEMENT S'IL Y A LIEU. OBLIGATOIRE POUR LES PATIENT(E)S DE MOINS DE 19 ANS.

En tant que patient(e), vous autorisez la personne responsable/soignante/titulaire à agir en votre nom auprès de Tilray Medical et vous autorisez Tilray Medical à accepter cette autorisation.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom (personne soignante/titulaire)	Nom de famille (personne soignante/titulaire)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N de téléphone principal	Adresse courriel	Lien avec le/la patient(e) (le cas échéant)

## 5 CONSENTEMENT

En apposant votre signature ci-dessous, le demandeur ou la personne responsable confirme et accepte ce qui suit :

### 1. Consentement général et confidentialité

- 1.1 Vous résidez habituellement au Canada.
- 1.2 Les renseignements fournis dans la présente demande et dans le document médical que vous soumettez à l'appui de cette demande sont exacts et complets.
- 1.3 Le document médical ou le certificat d'enregistrement que vous soumettez à l'appui de la présente demande n'est pas utilisé pour chercher ou obtenir un produit de cannabis d'une autre source.
- 1.4 L'utilisation de produits à base de cannabis est réservée à vos propres besoins médicaux.
- 1.5 Le document médical original a été ou sera fourni pour appuyer la présente demande.
- 1.6 Le document médical qui sert de base à la demande n'a pas, à votre connaissance, été modifié.
- 1.7 Si votre demande est présentée sur la base d'un certificat d'enregistrement, vous atteste que la copie du certificat d'enregistrement est une reproduction exacte de l'original.
- 1.8 Le producteur autorisé peut utiliser les renseignements personnels sur la santé du demandeur, y compris, mais sans toutefois se limiter aux conditions médicales et à la sélection de produits, sur une base anonyme et agrégée à des fins de recherche ou de formation médicale.

1.9 Les produits de cannabis ne sont pas actuellement homologués à titre de drogues ou médicaments pour un usage thérapeutique au Canada. Vous utilisez les produits de cannabis obtenus auprès de Tilray Medical (« Tilray », « Aphria Inc. » ou « nous ») à des fins médicales et à vos propres risques. Vous comprenez qu'il n'existe aucune garantie quant à l'efficacité des produits de cannabis pour gérer votre état et qu'il n'existe aucun moyen de prédire l'incidence des effets secondaires. Vous reconnaissez que votre professionnel de la santé a discuté avec vous des risques liés à l'usage des produits de cannabis pour votre traitement, que l'usage des produits de cannabis vous a été expliqué en détail par votre professionnel de la santé et qu'il a répondu à toutes vos questions. Dans la mesure permise par la loi applicable, en votre nom et au nom de vos héritiers, exécuteurs, administrateurs, successeurs et ayants droit, vous libérez par la présente Tilray Medical et ses sociétés affiliées de toutes actions, réclamations, plaintes, demandes de dommages, pertes personnelles et/ou blessures découlant directement et indirectement de l'utilisation de produits de cannabis obtenus auprès d'Aphria Inc.

1.10 En signant ce document d'enregistrement, vous reconnaissez que Tilray Medical est une marque du marché médical d'Aphria Inc, qui est titulaire d'une licence de « vente à des fins médicales » autorisée par le gouvernement fédéral. À ce titre, vous reconnaissez qu'il incombe à Aphria Inc de procéder à toutes les inscriptions et transactions par l'entremise de Tilray Medical avec qui les patients seront inscrits. Vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels contenus dans ce document, conformément à la politique de confidentialité externe de Tilray disponible sur : <https://www.tilray.com/general-privacy-policy> (en anglais seulement). Ceci comprend, sans toutefois s'y limiter, la divulgation du présent formulaire de consentement et des documents reliés au professionnel de la santé nommé dans votre document médical et à toute clinique ou employeur avec lequel le professionnel de la santé travaille. Des copies papier de la politique de confidentialité externe sont disponibles sur demande. Si les renseignements personnels contenus dans la demande concernent une personne autre que vous, vous déclarez et garantes que vous avez obtenu son consentement pour soumettre ces renseignements et/ou que vous avez le pouvoir de consentir en son nom. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant [info@tilraymedical.com](mailto:info@tilraymedical.com), mais veuillez noter que ce retrait n'aura pas d'effet rétroactif. NOTE : Ceci pourra avoir des implications pour vous et/ou la personne pour laquelle la demande a été soumise (si ce n'est pas vous). Le retrait n'affectera pas la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels lorsque cette collecte, cette utilisation et cette divulgation sont autorisées ou exigées par la loi, et ce sans consentement.

J'ai lu, reconnu, compris et accepté formellement les déclarations ci-dessus et ces déclarations sont exactes et complètes.

### 2. Consentement relié aux courriels de commercialisation et au matériel promotionnel

J'accepte de recevoir des communications électroniques, y compris des courriels, de la part de Tilray Medical concernant des nouvelles, des mises à jour, des produits de cannabis médical et à usage adulte, des offres, des promotions et des informations éducatives.

Signature (patient/patiente ou personne soignante/titulaire le cas échéant)

Date (JJ/MM/AAAA)

En signant ce formulaire de consentement, vous reconnaissez que Tilray Medical est une marque de marché médical d'Aphria Inc, qui est titulaire d'une licence de « vente à des fins médicales » autorisée par le gouvernement fédéral. À ce titre, vous reconnaissez qu'il incombe à Aphria Inc de procéder à toutes les inscriptions et transactions par l'entremise de Tilray Medical auprès de qui les patients seront inscrits. Vous consentez à ce que Tilray Medical recueille, utilise et divulgue les informations personnelles contenues dans ce document et dans tous les documents connexes, notamment tout document médical ou certificat d'enregistrement, conformément à la politique de confidentialité externe de Tilray Medical disponible sur : [www.tilray.com/general-privacy-policy](http://www.tilray.com/general-privacy-policy) (en anglais seulement). Des copies papier de la politique de confidentialité externe sont disponibles sur demande. Si les renseignements personnels contenus dans le document médical concernent une personne autre que vous, vous déclarez et garantes que vous avez obtenu son consentement et/ou que vous avez le pouvoir de consentir en son nom. Votre consentement peut être retiré à tout moment, mais veuillez noter que ce retrait n'aura pas d'effet rétroactif, pourra avoir des conséquences pour vous et/ou la personne concernée et n'affectera pas la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels lorsque cette collecte, cette utilisation et cette divulgation sont autorisées ou exigées par la loi, et ce sans consentement.

# DOCUMENT MÉDICAL

À remplir par le personnel professionnel de la santé

## 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA PATIENT(E)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire
Adresse courriel	N° de téléphone	

## 2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PRACTICIEN DE LA SANTÉ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titre	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille	Profession
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de licence	N° de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de télécopieur	Adresse courriel

  
Adresse professionnelle

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suite/bureau	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Province	Code postal

 **MÉDECIN PRATIQUANT(E) : Apposez vos initiales si vous acceptez de faire livrer le cannabis médical de votre patient(e) à votre adresse professionnelle, telle que fournie dans ce document.** Je, en tant que professionnel(le) de la santé, accepte que le cannabis médical de mon/ma patient(e) soit expédié à l'adresse professionnelle fournie dans ce document médical.

## 4 PRESCRIPTION

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grammes par jour	Durée en jours (max. de 365 jours)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Taux de THC maximal (facultatif)	Diagnostic/condition médicale (requis pour Anciens Combattants Canada)
<input type="text"/>	

 Notes  
Section obligatoire si coché

## 3 ADRESSE DE CONSULTATION

### ADRESSE DE CONSULTATION

 Même que l'adresse professionnelle

<input type="text"/>	
Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suite/bureau	City
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Province	Code postal

## 5 SIGNATURE

### Signature (médecin)

### Date (JJ/MM/AAAA)

### Province dans laquelle vous êtes autorisé(e) à pratiquer :

En signant ce document médical, vous reconnaissez que Tilray Medical est une marque du marché médical d'Aphria Inc, qui est titulaire d'une licence de « vente à des fins médicales » autorisée par le gouvernement fédéral. À ce titre, vous reconnaissez qu'il incombe à Aphria Inc de procéder à toutes les inscriptions et transactions par l'entremise de Tilray Medical auprès de qui les patients seront inscrits. Vous consentez que Tilray Medical recueille, utilise et divulgue les informations personnelles contenues dans ce document et dans tous les documents connexes, notamment tout document médical ou certificat d'enregistrement, conformément à la politique de confidentialité externe de Tilray Medical disponible sur : [www.tilray.com/general-privacy-policy](http://www.tilray.com/general-privacy-policy) (en anglais seulement). Des copies papier de la politique de confidentialité externe sont disponibles sur demande. Si les renseignements personnels contenus dans le Document médical concernent une personne autre que vous, vous déclarez et garantes que vous avez obtenu son consentement et/ou que vous avez le pouvoir de consentir en son nom. Votre consentement peut être retiré à tout moment, mais veuillez noter que ce retrait n'aura pas d'effet rétroactif, pourra avoir des conséquences pour vous et/ou la personne concernée et n'affectera pas la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels lorsque cette collecte, cette utilisation et cette divulgation sont autorisées ou exigées par la loi, et ce sans consentement.

### INITIALES DU/DE LA MÉDECIN PRATIQUANT(E) :

Je confirme que je suis légalement autorisé(e) à prescrire du cannabis médical par le biais de mon ordre professionnel et que toutes les informations figurant sur le document médical sont justes et complètes. Je reconnais que le document médical télécopié est désormais le document original et que j'en ai conservé une copie pour mes dossiers administratifs uniquement.