



**CannTrust™**

L'inscription en ligne **est** disponible à: [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)  
Envoyer la demande remplie par la poste ou télécopieur:  
B.P. 92068-9200 Weston Road  
Vaughan, Ontario L4H 3J3  
Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | 1-844-295-6641 | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

**Inscription de nouveau client Page 1 | Formulaire A: Patient avec adresse permanente**  
Version 3.0 Juin 2016

**REMARQUE IMPORTANTE:**

Lors du renvoi de cette demande, veuillez inclure le document médical original signé et daté par votre Praticien de Santé. L'original du document médical est nécessaire pour compléter votre inscription.

**Renseignement du patient**

Nom du patient:    
Prénom Surnom

Date de naissance: Mois  Jour  Année

Sexe: Homme  Femme  **Ancien combattant:** Numéro d'ACC:

Résidence principale: Expédier produit ici

Adresse

Ville  Province  Code Postal

Numéro de téléphone préféré  Télécopieur

Adresse courriel

Pas une résidence privée

Nom de l'établissement

Veuillez m'inscrire pour commander en ligne et recevoir l'information de CannTrust™  
Adresse courriel est nécessaire.

Adresse postale (si différente de l'adresse principale) Où vous recevrez du courrier de la part de CannTrust™

Expédier produit ici

Adresse Ligne 1

Adresse Ligne 2

Ville  Province  Code postal



1-855-RX4-CANN (794-2266) | 1-844-295-6641 | [www.cantrust.ca](http://www.cantrust.ca)

Inscription de nouveau client Page 2 | Formulaire A: Patient avec adresse permanente  
Version 3.0 Juin 2016

**Personne(s) responsable(s) du patient (si vous avez un ou des soignants, remplissez cette section)**

**Soignant 1:**    
Prénom Surnom

**Date de naissance:** Mois  Jour  Année

**Sexe:** Homme Femme

Adresse courriel

Je,  suis responsable pour   
Personne responsable/soignant Nom du patient

**Signature de la personne responsable du patient** \_\_\_\_\_ Date

**Soignant 2:**    
Prénom Surnom

**Date de naissance:** Mois  Jour  Année

**Sexe:** Homme Femme

Adresse courriel

Je,  suis responsable pour   
Personne responsable/soignant Nom du patient

**Signature de la personne responsable du patient** \_\_\_\_\_ Date

**Renseignements sur le Praticien de la Santé**

**Nom:**     
Titre Prénom Surnom

**Nom de la clinique/ l'entreprise**

**Adresse**

**Ville**  **Province**  **Code postal**

**Numéro de téléphone**  **Télécopieur**



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible à: [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)  
Envoyer la demande remplie par la poste ou télécopieur:  
B.P. 92068-9200 Weston Road  
Vaughan, Ontario L4H 3J3  
Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | 1-844-295-6641 | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Inscription de nouveau client Page 3 | Formulaire A: Patient avec adresse permanente  
Version 3.0 Juin 2016

### Renseignements supplémentaires (facultatifs)

N'hésitez pas à nous fournir des renseignements concernant vos affections médicales, vos troubles et vos symptômes.

N'hésitez pas à nous fournir des renseignements concernant vos préférences en matière de cannabis médicinale (le cas échéant)

Ex.: Préférences en matière

Y a-t-il d'autres informations que vous pourriez nous fournir?

Seriez-vous intéressé à participer à des essais cliniques?    Oui                      Non

**\*IMPORTANT\* - Veuillez lire et signer ci-dessous**  
Le patient ou la personne responsable pour le patient doit lire et reconnaître ce qui suit:

Le patient est ordinairement un résident du Canada.  
Les renseignements figurant dans la demande et le document médical sont exacts et complets.  
Le document médical n'est pas utilisé pour demander ou obtenir de la cannabis séchée d'une autre source.  
L'original document médical a été joint à cette demande.  
Le patient consommera la cannabis séchée pour ses propres besoins médicaux.  
Si vous êtes titulaire d'une autorisation de possession accordée en vertu du RACFM et que vous vous inscrivez auprès de CannTrust™, sachez que lorsque vous serez inscrit, l'original de votre autorisation sera remis à Santé Canada.  
Le patient reconnaît et convient qu'il consommera la cannabis médicinale obtenue auprès de CannTrust™ à ses propres risques et qu'il dégage CannTrust™ (et ses partenaires, dirigeants, fournisseurs, administrateurs et employés) de toutes réclamation, poursuite, plainte et demande pour dommages, pertes ou blessures résultant directement ou indirectement de l'utilisation de la cannabis médicinale séchée reçue de CannTrust™.  
Le patient reconnaît et comprend que la sécurité d'emploi et les risques associés à l'utilisation du cannabis n'ont pas été pleinement étudiés et qu'une dose standard de cannabis médicinale n'a pas encore été établie.  
Le patient consent que le professionnel de la santé mentionné dans le présent document divulgue des renseignements personnels sur la santé à CannTrust™ dans le but de se conformer aux exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACFM). Le patient comprend et convient qu'une exemplaire de la demande d'inscription et de consentement sera remis au professionnel de la santé nommé dans la présente demande d'inscription.

**Signature du patient/soignant** \_\_\_\_\_

**Date**

jour/mois/année