

# Formulaire d'Évaluation du Patient



## Formulaire d'Évaluation du Patient

Page 1 / 3

### Pour les Patients désirant un Document de Cannabis Médical

#### Renseignements Généraux

Prénom		D. de N.	Année	Mois	Jour
Nom		Sexe	Masc. <input type="checkbox"/>	Fémin. <input type="checkbox"/>	Âge Actuel
Producteur Lic.		Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Heure pratique pour vous joindre (P.ex. après 17h00)		# Carte Santé			

#### Information de Contact

Adresse		Tél. Résid.	
Ville		Tél. Portable	
Province/C. Postal		Courriel	

#### Information du Professionnel de Santé Traitant

Nom du Professionnel de la Santé		Voyez-vous un spécialiste ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Adresse Professionnel de la Santé		Nom du Spécialiste			
Ville Professionnel de la Santé		Date dernière visite			
Province/C. Postal					
Date dernière visite					
Raison dernière visite					

#### Notes Supplémentaires

--

## Pour les Patients désirant un Document de Cannabis Médical

### Votre Condition Médicale et Symptômes

Condition Principale	
----------------------	--

Cochez les symptômes associés à votre condition.  Encercler le niveau de sévérité des symptômes Niveau 1-non sévère Niveau 5-très sévère	Douleur <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Spasmes Musc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Mobilité <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Maux de Tête <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Crises <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Mouvements Involontaires <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Anxiété <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Dépression <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Concentration/Focus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Troubles du Sommeil <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Troubles Visuels <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Perte de Poids <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Manque d'Appétit <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Nausée/Vomissement <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Énergie faible <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Diarrhée <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Constipation <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Effets Indésirables Méds <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Autres : _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
--	--	--	--

### Antécédents Médicaux

Comment votre condition affecte-t-elle votre vie quotidienne ? Encercler le niveau de sévérité des symptômes  Niveau 1-non sévère Niveau 5 - Très sévère	Comment votre condition affecte-t-elle votre capacité au travail ? Encercler le niveau de sévérité des symptômes  Niveau 1-non sévère Niveau 5 - Très sévère
Commentaires :	Commentaires :
Médicaments pris actuellement : Veuillez indiquer le dosage	Médicaments :
	Médicaments :
	Médicaments :
Allergies Médicamenteuses	
Quelles thérapies avez-vous essayées ? Cochez toutes les réponses pertinentes et encercler le niveau d'efficacité. Niv. 1-pas efficace Niv. 5-très efficace	Physiothérapie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Chiropractie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Naturopathie/Homéopathie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Thérapie/Psychothérapie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Injections Thérapeutiques <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Acupuncture <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	Médicaments prescrits actuellement _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (Veuillez aussi indiquer le dosage) _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Avez-vous été diagnostiqué pour une dépendance aux médicaments, prescrits ou non ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n	Penseriez-vous être en danger d'utiliser du cannabis en dehors de votre traitement médical actuel ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n
Avez-vous souffert d'une maladie psychotique dans le passé ou maintenant ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n	Avez-vous déjà utilisé du cannabis pour le soulagement de vos symptômes ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n
Avez-vous déjà reçu une ordonnance de cannabis synthétique ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n	
Y-a-t-il un membre de votre proche famille souffrant de Maladie psychotique ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n	Souffrez-vous de maladie cardiaque ? <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> n

## Pour les Patients désirant un Document de Cannabis Médical

### Antécédents Médicaux Suite

Les information que vous donnez dans ce document sont strictement confidentielles.

Combien de cannabis consommez-vous par jour ?	D Moins de 1 g par jour    D 1-2 g par jour    D 3-5 g par jour    D 6-10 g par jour			
Comment préférez-vous consommer le cannabis ?	Inhalation/Fumer D Oral/Manger D Topique/Crème D		Quels sont vos objectifs de traitement ?	Réduire Douleur D Améliorer Fonct. journalier D Améliorer Appétit D Améliorer Humeur D Améliorer Sommeil D Autre _____
Pourquoi le cannabis est-il approprié en tant que traitement médical ?				
Depuis combien de temps utilisez-vous du Cannabis ?	<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1-2 ans <input type="checkbox"/> 3-5 ans <input type="checkbox"/> 6-10 ans <input type="checkbox"/> 10-20 ans <input type="checkbox"/> 20-35 ans <input type="checkbox"/> 35+ ans	Le cannabis est-il votre médicament le plus efficace ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le cannabis a-t-il aidé à réduire le dosage des autres médicaments prescrits ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, alors quel médicament (s) ?				
Avez-vous déjà souffert d'effets secondaires indésirables ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez décrire.				
Avez-vous déjà interrompu la prise de cannabis ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, que s'est-il passé ?				

<b>Signature</b>	
<b>Nom</b>	
<b>Signé le</b>	Mois   Jour   Année

### Pour les patients désirant un document médical du cannabis

Je \_\_\_\_\_

Je comprends que ce document d'autorisation et de reconnaissance contient des informations IMPORTANTES sur le cannabis médical exigées par le professionnel de santé évaluateur, que je reconnais et que je comprends avant qu'il/elle ne puisse délivrer une ordonnance et/ou une autorisation pour l'utilisation du cannabis médical.

En outre, je comprends que le professionnel de santé consultant ne me prendra pas nécessairement en charge. Cependant, il/elle évaluera et analysera le bien-fondé de ma demande à utiliser du cannabis médical pour aider à traiter les symptômes associés et les conditions qui je pense, d'après mon expérience personnelle, seront bénéfiques comme traitement.

En conséquence, je confirme que le professionnel de santé évaluateur sera mon professionnel de santé dans le seul but d'autoriser et/ou de prescrire le cannabis médical.

Je m'engage à ne pas porter plainte ou tenter d'action contre le professionnel de santé évaluateur, sa pratique, mon professionnel de santé de famille ou toute autre professionnel de santé impliqué (comme les professionnels de santé spécialistes), en rapport avec :

- a) Mon usage du cannabis comme médicament ; et
- b) Ma Demande, ou ordonnance pour possession, obtention et utilisation de cannabis médical.

Je suis bien conscient que les professionnels de santé conviennent généralement que le cannabis médical :

- Peut fausser la perception (vue, sons, temps, toucher) ;
- Peut altérer la mémoire et l'apprentissage
- Peut nuire à la coordination (Évitez de conduire pendant 4 heures après avoir fumé et 8 heures après avoir ingéré)
- Peut altérer la pensée et la résolution de problèmes
- Peut augmenter le rythme cardiaque et abaisser la tension artérielle
- Peut produire de l'anxiété, peur, méfiance, ou panique

Je suis bien conscient qu'il y a un débat important et un grand manque de consensus parmi les professionnels de santé à propos de :

- L'usage approprié du cannabis médical
- Le dosage approprié du cannabis médical
- Les risques de fumer du cannabis médical en comparaison avec la vaporisation ou l'ingestion de cannabis médical
- Les risques de fumer toute la plante de cannabis médical en comparaison à l'extraction des cannabinoïdes actifs médicalement, et également de pratiquer l'automédication
- La santé à long terme et les risques psychologiques associés à l'utilisation du cannabis médical
- La mesure dans laquelle la consommation régulière de cannabis médical :
  - a) Peut contribuer à l'infection pulmonaire et au cancer de l'appareil respiratoire
  - b) Peut endommager les cellules des passages bronchiques qui protègent l'organisme contre les micro-organismes inhalés, et diminuer la capacité du système immunitaire des cellules dans les poumons pour lutter contre les champignons, bactéries et cellules tumorales. Pour les patients ayant déjà un système immunitaire affaibli, cela signifie une augmentation de la possibilité d'infections pulmonaires dangereuses, y compris la pneumonie
  - c) Peut affaiblir divers mécanismes immunitaires naturels, y compris les macrophages et les cellules T.
  - d) Peut corrélérer dans certains cas de maladie mentale, comme le trouble bipolaire et la schizophrénie

De plus, je suis bien conscient que les préoccupations médicales énumérées ci-dessus sont encore aggravées par le manque de cohérence et d'uniformité dans les produits de cannabis médical disponibles. Avec les médicaments conventionnels, je consomme généralement un médicament d'une quantité moléculaire connue avec précision. Je reconnais que la plante brute de Cannabis Médical ne fonctionne pas de cette façon. Je sais que je vais obtenir des compositions et des proportions variables de différents cannabinoïdes d'une souche de plante à l'autre et même, dans une moindre mesure, d'une plante à l'autre de la même souche.

De plus, je comprends qu'il y a une grande incertitude quant à la cohérence des produits de cannabis médical. Je peux me soigner avec, ce qui complique et aggrave le problème pratique d'automédication avec un produit médicamenteux incompatible comme le cannabis médical.

Je suis également conscient que l'ingestion d'une dose élevée de cannabis médical peut provoquer des nausées et de la désorientation.

Je demande un traitement médical de cannabis et je confirme avoir consulté un professionnel de santé pour les options alternatives et classiques de traitement pour mon état.

# Formulaire d'autorisation du patient

## Accord de Traitement entre Professionnel de Santé et Patient

Page 2 / 2

### Pour les patients désirant un document médical du cannabis

Malgré toutes ces préoccupations d'ordre médical, débats et questions pratiques, je crois honnêtement que pour le traitement de ma condition(s) et symptôme(s), les avantages de l'automédication avec du cannabis médical l'emportent sur les risques.

J'accepte de recevoir un "document médical " (p. ex. une ordonnance) d'un professionnel de santé seulement pour le cannabis médical. J'accepte d'acheter mon cannabis uniquement d'un producteur licencié. Je suis conscient que la possession de cannabis provenant d'autres sources est illégale.

J'accepte de stocker mon cannabis en toute sécurité afin qu'aucune autre personne ne puisse y accéder que ce soit délibérément ou accidentellement. Je suis conscient que les jeunes (moins de 25 ans) peuvent éprouver de la psychose après avoir consommé du cannabis et je m'assurerais qu'aucun enfant ou jeune personne ne sera exposé à mon cannabis médical que ce soit directement ou indirectement. Je contacterai le Centre antipoison immédiatement si un enfant accède à mon cannabis médical.

Je suis conscient(e) que la prise de cannabis associée à d'autres substances, notamment de substances sédatives, peut causer des dommages et même possiblement, la mort. Je n'utiliserai pas de drogues illégales (p. ex. cocaïne, héroïne) ou de substances réglementées (p. ex. stupéfiants, stimulants, anti anxiolytiques) qui n'ont pas été prescrits à mon intention.

J'informerai le professionnel de santé de toutes les substances réglementées qui sont prescrites par mon professionnel(s) de santé traitant(s). J'informerai mon professionnel de santé traitant que l'on me prescrit de cannabis médical. J'accepte d'avoir une évaluation médicale effectuée par mon professionnel de santé habituel au moins tous les 12 mois.

Je suis conscient(e) que l'utilisation du cannabis n'est pas recommandée pendant la grossesse et l'allaitement. Je conviens d'informer mon professionnel de santé, si je suis enceinte. Si je deviens enceinte pendant le traitement par le cannabis médical, je cesserai immédiatement de l'utiliser jusqu'à ce que j'aie consulté un professionnel de santé.

Ceci est ma décision et je n'appuie pas les allégations faites par ma famille, amis ou autres parties intéressées contre les dites cliniques et professionnels de santé.

Par la présente, je libère Medical Marijuana Services, le professionnel de santé évaluateur, sa clinique, mon professionnel de santé de famille, et tout autre professionnel de santé impliqué de toutes actions, réclamations, causes d'actions, plaintes (même par la famille et les amis) et demandes de dommages-intérêts, pertes, ou blessures de quelque nature que ce soit résultant directement ou indirectement du fait de mon utilisation du cannabis médical et de ma demande à posséder du cannabis médical.

Par la présente, je libère Medical Marijuana Services, le professionnel de santé évaluateur, sa clinique, mon professionnel de santé de famille, et tout autre professionnel de santé impliqué de toutes actions, réclamations, causes d'actions, plaintes (même par la famille et les amis) et demandes de dommages-intérêts, pertes, ou blessures de quelque nature que ce soit résultant directement ou indirectement du fait de mon utilisation du cannabis médical et de ma demande à posséder du cannabis médical.

Je comprends et reconnais que, bien que le professionnel de santé évaluateur puisse effectuer la déclaration que je peux éventuellement bénéficier de cannabis médical, le professionnel de santé évaluateur ne me servira pas de professionnel de santé de soins primaires. En tant que tel, je suis d'accord pour consulter mon professionnel de santé de soins primaires pour mes soins médicaux normaux et que le professionnel de santé évaluateur n'interviendra que pour l'évaluation de son soutien pour mon utilisation médicale du cannabis. Je consens également à ce que le professionnel de santé évaluateur notifie tout professionnel de santé spécialiste que j'ai vu, de ma décision d'utiliser du cannabis médical et j'accepte toutes les conséquences d'une telle notification.

Je m'engage à aviser mon professionnel de santé de soins primaires au sujet de mon intention d'utiliser le cannabis à des fins médicales car le cannabis peut interagir avec d'autres médicaments. Si je possède une licence, je m'engage à ne pas revendre ou donner aucun de mes médicaments. Je m'engage à vérifier les règlements municipaux de ma région. Je suis également d'accord que toute action en justice aura lieu en Ontario et sera régie par les lois de l'Ontario, Canada.

Signature du Patient				Signature du Professionnel de la Santé			
Nom du Patient				Nom du Professionnel de la Santé			
Signé Le	Mois	Jour	Année	Signé le	Mois	Jour	Année

# Contrat d'Adhésion à Medical Marijuana Services

Cet accord est daté du \_\_\_\_\_ 2015.

891811-2 Canada Inc., opérant sous le nom de Medical Marijuana Services - "MMS"

- ET -

\_\_\_\_\_, - "Membre."

## Bénéfices de l'adhésion à MMS

1. MMS préfiltrera les Demandes des Membres. Après avoir complété l'ensemble des documents MMS, MMS effectuera une enquête préliminaire d'évaluation. Votre demande ne sera pas traitée si MMS estime que vous n'avez aucune chance d'être approuvé(e) pour le Cannabis Médical, et vous ne serez pas facturé pour les services ;
2. Les cotisations sont dues et payables immédiatement après l'examen préalable de la demande ;
3. MMS fixera une entrevue confidentielle par voie électronique entre le Membre et un membre hautement qualifié de la profession médicale autorisé à approuver l'utilisation du cannabis à des fins médicales ;
4. MMS ne peut garantir qu'un Membre sera approuvé pour un document médical (semblable à une ordonnance). Le jugement professionnel du professionnel de santé est final et ne sera pas remis en question ni par MMS ni par le Membre ;
5. Si un Membre n'est pas approuvé pour un document médical, les frais d'adhésion seront remboursés à hauteur de 80 % des frais d'adhésion.
6. MMS fournit des conseils de façon continue concernant les meilleurs producteurs sous licence et les souches de cannabis médical les plus appropriées pour la condition du Membre ;
7. L'adhésion MMS confère un statut préférentiel pour nos Membres avec des producteurs sous licence « Norme d'Or » ;
8. Les Membres peuvent acheter, de MMS, des vaporisateurs et autres accessoires sur une base du prix coûtant ;
9. Les membres bénéficient d'un service d'urgence 24 /7 si la police ou d'autres autorités exigent la vérification du document médical ;
10. MMS rappellera automatiquement lorsque le renouvellement du document médical est imminent ;
11. Toutes les informations médicales seront conservées dans la plus stricte confidentialité. MMS ne vendra ou ne permettra jamais l'accès à la liste des membres, sauf pour les ordres de la police avec un mandat émis par un tribunal ;

## Obligations de Membre

12. En signant la présente demande, les Membres MMS s'engagent à être honnêtes et francs au sujet de leur état de santé lors de la Préparation du Formulaire d'Évaluation et durant l'évaluation médicale, et à divulguer ouvertement tous les autres médicaments prescrits ou non au professionnel de santé ;
13. En signant la présente demande, les Membres MMS reconnaissent que la violation du Contrat professionnel de santé -Patient aura pour conséquence l'annulation immédiate de ce contrat.
14. En signant la présente demande les Membres MMS reconnaissent qu'ils sont seuls responsables de toute violation du Code criminel ou de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances ;

\_\_\_\_\_  
Nom imprimé du Membre      Signature du Membre

Date \_\_\_\_\_





Anciens Combattants Canada exige que Medical Marijuana Services (MMS) fournisse des informations dans le but d'établir la facturation directe, mais nous ne pouvons le faire sans votre permission. Veuillez donc remplir le formulaire ci-dessous.

Je, \_\_\_\_\_ autorise MMS à divulguer aux Anciens Combattants Canada :

**VEUILLEZ SÉLECTIONNER UNE DES DEUX OPTIONS SUIVANTES :**

Cochez option 1 Si vous remplissez ce formulaire pour vous-même

Cochez option 2 Si vous avez le pouvoir de prendre des décisions\* au nom de la personne devant recevoir le cannabis médical

1. Mes informations personnelles de santé consistent en : Information de dosage de marijuana utilisée à des fins médicales, condition spécifique pour laquelle le cannabis est utilisé, et toute autre information requise pour valider mon admissibilité à l'assurance.
2. Les informations personnelles de santé de \_\_\_\_\_ consistent en : Information de dosage de cannabis utilisé à des fins médicales, condition spécifique pour laquelle le cannabis est utilisé, et toute autre information requise pour valider mon admissibilité à l'assurance.

**Si vous avez sélectionné l'option 2 ci-dessus, veuillez également lire et cocher la case suivante.**

Je représente et garantie que je réponds aux exigences pour avoir le pouvoir de prendre des décisions au nom de \_\_\_\_\_ selon la législation applicable.

**VOUS DEVEZ REMPLIR ET SIGNER CETTE SECTION.**

Je comprends les raisons pour divulguer ces informations personnelles de santé aux Anciens Combattants Canada. Je comprends que j'ai le droit de refuser de signer ce formulaire de consentement.

**VOS RENSEIGNEMENTS :**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\* Une personne ayant le pouvoir de prendre des décisions au nom d'un individu, est une personne qui consent à divulguer des informations personnelles de santé sur l'individu selon le PRP sur la législation sur les informations médicales applicable dans la juridiction dans laquelle le demandeur réside.