



Envoyer ce formulaire à: **Tilray**

1100 Maughan Rd

Nanaimo, BC

V9X 1J2

Téléphone: 844-845-7291

Télocopie: 888-783-1323

# Document médical

À remplir par un praticien de la santé.

Conformément au règlement, tous les champs doivent être remplis à moins d'indication contraire.

## Information sur le patient

Les renseignements doivent correspondre aux données fournies dans la demande d'inscription du patient.

**Aidant requis?**

Oui\*

Non

\*Dans l'affirmative, remplir le formulaire d'information sur l'aidant en entier joint à ce document.

**Nom du patient**

Prénom

Nom

**Date de naissance**

Année

Mois

Jour

**Téléphone**

**Période d'usage**

mois

Remarque : La durée ne peut pas dépasser un an.

**Quantité/jour**

g/jour

**But de l'usage**

Trouble primaire (Optionnel)

Symptôme primaire (Optionnel)

Cannabis séché seulement

Extrait seulement

Si ni l'une ni l'autre des options n'est sélectionnée, le patient pourra commander toute combinaison de produits de cannabis séché et d'extraits.

**Consignes  
additionnelles  
sur la teneur**

% max. de THC (fleur)

mg/mL max. de THC (extraits)

## Information sur le praticien de la santé

Veuillez écrire clairement en lettres moulées (sans abréviations).

**Titre / Nom**

Titre

Prénom

Nom

**Profession**

**Clinique / entreprise**

**Adresse**

Adresse

Ville

Province

Code postal

**Adresse de consultation**

Adresse du lieu de la consultation avec le patient (Si elle diffère de l'adresse ci-dessus.)

Ville

Province

Code postal

**Téléphone / télécopieur /  
courriel**

Téléphone (Required)

Télécopieur (le cas échéant)

Courriel (le cas échéant)

**Province d'exercice**

Province dans laquelle le praticien est autorisé à exercer

**Permis  
d'exercer**

Numéro de permis émis par l'Ordre des médecins provincial  
Remarque : ne pas écrire le numéro de facturation (p.ex., MSP)

**Signature**

En apposant sa signature, le praticien atteste que l'information dans ce document est exacte et complète

Année

Mois

Jour

**Initiales du praticien**

(Requies pour transmission par  
télécopie seulement)

En apposant ses initiales, le praticien reconnaît que le Document médical télécopié à Tilray constitue le Document médical original et atteste qu'il/elle a conservé une copie du Document médical pour ses dossiers. Le praticien atteste également que le Document médical ne sera transmis à aucune autre partie que Tilray.



Envoyer ce formulaire à: **Tilray**  
1100 Maughan Rd  
Nanaimo, BC  
V9X 1J2  
Téléphone: 844-845-7291  
Télécopie: 888-783-1323

## Demande d'inscription comme patient Tilray

### Information sur le patient

Tous les champs doivent être remplis à moins d'indication contraire. Ce formulaire doit être rempli par le patient (si le patient fait la demande en son nom) ou par un aidant (c.-à-d., une personne responsable du patient) faisant la demande au nom du patient. Les aidants doivent également remplir le formulaire d'information sur l'aidant.

**Nom du patient**

Prénom

Nom

**Date de naissance**

Année

Mois

Jour

**Courriel**

Requis pour les commandes en ligne

**Adresse domiciliaire\***

Adresse

Ville

Province

Code postal

\*Si l'adresse domiciliaire n'est pas une résidence privée, veuillez indiquer:

Nom de l'établissement

Type d'établissement

**Téléphone/Télécopie**

Téléphone

Télécopieur (le cas échéant)

**Adresse postale**

(Si elle diffère de l'adresse domiciliaire)

Address

Ville

Province

Code postal

Si vous souhaitez que Tilray expédie le produit à une adresse autre que l'adresse domiciliaire fournie ci-dessus, veuillez cocher une des options suivantes:

Envoyer à l'adresse postale

Envoyer à l'adresse du praticien de la santé\*

\*Le praticien de la santé doit consentir à recevoir le produit en remplissant le formulaire du praticien de la santé.

\*\*\* Si le patient fait une demande d'inscription en vertu d'un certificat d'inscription émis par le Ministère en vertu de la Partie 2, le patient convient par la présente que cette demande d'inscription est soumise en vue d'obtenir un approvisionnement intérimaire de marijuana séchée ou d'huile de cannabis.

# Le patient et la personne responsable du patient (le cas échéant) doivent convenir des points suivants :

## Important — veuillez lire et signer ci-dessous.

- L'information contenue dans cette demande d'inscription et le document médical, ou le certificat d'inscription, le cas échéant, est exacte et complète;
- Le demandeur (patient) est ordinairement résident du Canada;
- Le document médical, ou le certificat d'inscription, le cas échéant, utilisé dans le cadre de cette demande d'inscription n'est pas utilisé pour rechercher ou obtenir de la marijuana séchée auprès d'autres sources;
- L'original du document médical est joint à la demande à titre de document à l'appui;
- Le demandeur (patient) utilisera de la marijuana fraîche ou séchée ou de l'huile de cannabis à des fins médicales personnelles seulement;
- Les indications, l'innocuité (sûreté) et les risques associés à l'usage de marijuana séchée n'ont pas été étudiés de façon adéquate et la dose appropriée n'est pas clairement établie. Le patient et l'aidant (le cas échéant) reconnaît/reconnaissent que tout produit de cannabis médical obtenu auprès de Tilray l'est fait à ses/leurs propres risques et dégage(nt) Tilray, ainsi que ses associés, partenaires, fournisseurs, cadres, membres de la direction et employés de toute responsabilité à l'égard de recours, réclamations, plaintes ou demandes en raison de dommages, pertes ou préjudices découlant directement ou indirectement de l'usage de produits médicaux à base de marijuana;
- Le patient et son aidant (le cas échéant) consent(ent) à ce que le praticien de la santé nommé dans le document médical divulgue les renseignements personnels requis à Tilray, afin de se conformer au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales. Il est entendu qu'un exemplaire de ce consentement et demande d'inscription, ainsi que de l'information sur le statut de l'inscription du patient et le type d'usage pourraient être transmis au praticien de la santé nommé dans le document médical;
- Le patient et son aidant (le cas échéant) consent(ent) à la collecte, à l'usage et à la divulgation nécessaires de certains renseignements personnels par Tilray dans le but de traiter cette demande d'inscription, de fournir des produits ou services, de se conformer au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (y compris la divulgation d'information personnelle aux autorités provinciales en matière de permis, sur demande) et autrement conformément à la politique sur la vie privée de Tilray ([https:// www.tilray.ca/fr/policy-and-terms/privacy-policy/](https://www.tilray.ca/fr/policy-and-terms/privacy-policy/)).
- En signant ce formulaire d'inscription, le patient et son aidant (le cas échéant) autorise(nt) Tilray (a) à envoyer de l'information sur l'inscription et le produit à l'adresse et au courriel fournis dans le présent formulaire, et (b) à communiquer avec lui/elle/eux par courriel au sujet du statut de l'inscription, de la disponibilité de produits, de commandes et d'autres sujets, conformément à la politique sur la vie privée de Tilray (<https://www.tilray.ca/fr/policy-and-terms/privacy-policy/>).

**Signature**

Signature du patient

Année

Mois

Jour

Si le patient a un aidant, le patient et l'aidant doivent tous deux signer ce formulaire à moins que l'aidant soit le mandataire du patient (ou un équivalent) en vertu de la loi provinciale en vigueur. **Si le patient ne signe pas, l'aidant, en signant ci-dessous, atteste qu'il ou elle est le mandataire du patient (ou un équivalent) en vertu de la loi provinciale en vigueur.**

**Signature**

Signature de la personne responsable (le cas échéant)

Année

Mois

Jour



Envoyer ce formulaire à: **Tilray**  
1100 Maughan Rd  
Nanaimo, BC  
V9X 1J2  
Téléphone: 844-845-7291  
Télécopie: 888-783-1323

## Anciens Combattants Canada

Nous avons besoin d'un peu plus d'information pour soumettre votre demande d'autorisation.

### Anciens combattants : Souhaitez-vous que Tilray demande une approbation de remboursement de cannabis médical auprès d'Anciens Combattants Canada (ACC) en votre nom?

Oui

Non

### Le patient s'est-il inscrit à titre d'ancien combattant auprès d'un autre producteur autorisé?

Oui

Non

**Trouble/Maladie**

L'ACC exige que Tilray rapporte le trouble spécifique pour lequel le remboursement est demandé.

**Numéro « K » d'ACC**

Indiquez le numéro « K » si vous le connaissez.

J'ai opté pour que Tilray demande l'approbation de remboursement auprès du ministère des Anciens Combattants Canada, et autorise Tilray à transmettre à ACC un exemplaire complet de la demande d'inscription et à facturer directement ACC pour le cannabis médical du patient.

**IMPORTANT:** Tilray ne peut garantir l'approbation par ACC. Une fois votre inscription auprès de Tilray approuvée, et jusqu'à ce que ACC approuve votre compte, vous serez en mesure de faire des achats avec votre carte de crédit personnelle. Une fois que ACC aura approuvé votre compte, le coût de votre cannabis médical sera remboursé par ACC, jusqu'à concurrence du montant couvert. Les produits autres que le cannabis médicinal ne sont pas admissibles au remboursement par ACC; vous aurez donc la responsabilité de payer les frais encourus par de tels articles.

**Signature**

Signature du patient

Année

Mois

Jour



Envoyer ce formulaire à: **Tilray**  
1100 Maughan Rd  
Nanaimo, BC  
V9X 1J2  
Téléphone: 844-845-7291  
Télécopie: 888-783-1323

## Information sur l'aidant

L'aidant doit remplir cette section.

**Nom de l'aidant**

Prénom

Nom

**Date de naissance**

Année

Mois

Jour

**Coordonnées**

Téléphone

Courriel (requis pour les commandes en ligne chez Tilray)

Adresse

Ville

Province

Code postal

**Préférence pour les communications**

Courriel

Téléphone

Courrier

**Je,**

Nom de la personne ou de l'aidant responsable

**suis responsable de**

Nom du patient

**Signature**

Signature de la personne responsable du patient

Année

Mois

Jour



Envoyer ce formulaire à: **Tilray**  
1100 Maughan Rd  
Nanaimo, BC  
V9X 1J2  
Téléphone: 844-845-7291  
Télécopie: 888-783-1323

## Information sur le praticien de la santé

À remplir par le praticien de la santé qui a fourni le document médical si il ou elle consent à recevoir la marijuana séchée au nom du patient.

### Titre / Nom du praticien de la santé

Titre

Prénom

Nom

### Adresse postale

Adresse à laquelle vous souhaitez recevoir le produit, si elle diffère de l'adresse professionnelle ou de l'adresse de consultation fournies dans le document médical.

Adresse professionnelle fournie dans le document médical

Adresse de consultation fournie dans le document médical

Autre, fournie ci-dessous:

Adresse

Ville

Province

Code postal

Je,

Nom du praticien de la santé

**consent à recevoir de la  
marijuana séchée au nom de**

Nom du patient

**Signature**

Signature du praticien de la santé

Année

Mois

Jour

### Avis au praticien de la santé

Retrait du consentement du praticien de la santé :

Si le praticien de la santé souhaite ne plus recevoir de marijuana séchée au nom du patient, le praticien doit en informer par écrit le patient et le producteur autorisé.