



Téléphone: 450-477-0503

Fax: 450-477-6088

Email: info@laforetverte.ca

Adresse: 1430 Montée Major, Terrebonne suite 100,
J7M 2G3

Nom du Professionnel: _____

Adresse: _____ Ville _____ Prov: _____

Code Postal: _____ Téléphone: _____

Question otpinnelle: _____

Prenez-vous actuellement des médicaments d'ordonnance? ____ no _____
Yes

Si vous avez répondu «oui», veuillez énumérer votre régime de médicaments ainsi que tous les effets secondaires

Depuis combien de temps utilisez-vous du cannabis _____

Depuis combien de temps utilisez-vous du cannabis comme médicament ? _____

Comment le cannabis affecte-t-il vos symptômes? _____

Combien / à quelle fréquence utilisez-vous du cannabis _____



Dosez vous cette dose pour atténuer vos symptômes ? _____

Je déclare par la présente que les informations indiquées ci-dessus sont factuelles:

Signature de l'applicant: _____

Date signé: _____

Nom en lettre détachée: _____

*Centre de Compassion Forêt Verte RESERVES RIGHT TO LIMIT THE AMOUNT OF MEDICATION