



Téléphone: 450-477-0503

Fax: 450-477-6088

Email: info@laforetverte.ca

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

Pour de raisons de validations, ce document doit être rempli par un MD, ND, ou DR. TCM, et faxé par le répondant aux bureaux du Centre de compassion Forêt Verte.

Nom du patient: _____

Date d'anniversaire: _____

Je confirme que Mr./Mrs./Ms _____
dont le téléphone est () _____ a été diagnostiqué avec _____

Et présente des symptômes de _____

☐ Je recommande le cannabis pour aider mon/ma patient(e) avec les symptômes de sa
maladie

☐ Ce patient a signalé que ses symptômes sont aidés par le cannabis et que, sur la
base de mes connaissances, il devrait y avoir accès.

☐ Ce patient a signalé que ses symptômes sont aidés par le cannabis.



CENTRE DE COMPASSION

LA FORÊT VERTE

☐ Je ne recommande pas l'utilisation du cannabis pour les raisons suivantes :

: L

Médicales: SVP spécifier

Légale: Expliquez s'il vous plaît

Autre :Expliquez s'il vous plaît

Signature de la part du professionnel: _____

Nom lisible: _____

Date signée: _____

Téléphone du professionnel: _____

Adresse: _____

PRACTITIONER'S STAMP/LICENSE