

Bienvenue à la Whistler Medical Marijuana Corporation

Détenue et exploitée localement, la Whistler Medical Marijuana Corporation (WMMC) cultive, en portant une grande attention aux détails et avec une grande passion, des produits biologiques de cannabis de grande qualité non moulus. Nous utilisons un sol véritable et de l'eau de glacier.

La vie est suffisamment compliquée; l'obtention de vos médicaments ne devrait pas l'être.

Comment s'inscrire

La trousse d'inscription comporte DUEX formulaires à remplir.

Formulaire 1 – Demande de marijuana thérapeutique

À remplir par le DEMANDEUR ou par la personne responsable du demandeur, ci-après désignée par le terme SOIGNANT.

Formulaire 2 – Document médical

À remplir par votre PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.

*REMARQUE : Il est TRÈS IMPORTANT que TOUTES les sections obligatoires soient remplies.
Si l'un des champs obligatoires est vide, nous ne pourrions pas accepter votre demande.*

Comment soumettre votre trousse d'inscription

Lorsque vous avez rempli la trousse d'inscription, veuillez nous envoyer les DEUX formulaires de l'UNE des manières suivantes:

Par télécopieur au (604) 962-3443

Veuillez noter que votre inscription doit être transmise directement par le bureau de votre professionnel de la santé. Les télécopies reçues d'un autre numéro ne seront pas acceptées.

Par la poste à WMMC, 113-1330 Alpha Lake Road, Whistler (C.-B.) V0N 1B1

Si vous envoyez votre inscription par la poste, assurez-vous d'envoyer des documents ORIGINAUX. Les règlements de Santé Canada ne nous autorisent pas à accepter des photocopies.

Qu'arrive-t-il une fois que j'ai soumis mon inscription?

Dès que la WMMC reçoit vos formulaires dûment remplis, nous vous appellerons pour confirmer que l'information contenue dans votre formulaire de **demande de marijuana thérapeutique** est exacte. Ensuite, nous communiquerons avec votre professionnel de la santé pour vérifier les détails inscrits dans le **document médical**. Une fois que l'information contenue dans les deux formulaires a été confirmée et vérifiée, nous terminerons votre inscription et nous vous ferons parvenir un **avis de confirmation d'inscription**. Nous vous appellerons également pour confirmer votre inscription. Une fois que vous avez reçu votre **avis de confirmation d'inscription**, vous pouvez passer une commande.

L'important, c'est que nous sommes là pour vous aider. Si vous avez des questions ou si vous voulez en connaître davantage sur nos variétés actuelles, n'hésitez pas à nous appeler au (604) 962-3440. (Nous vous promettons qu'une vraie personne vous répondra et non un robot – il ne pourrait pas affronter les terrains montagneux de Whistler.)

Meilleures salutations,

L'équipe de la Whistler Medical Marijuana Corporation



Demande de marijuana médicinale

Whistler Medical Marijuana Corporation
113 - 1330 Alpha Lake Rd.
Whistler, (C.-B) V0N1B1
Tél: (604) 962 - 3440 Téléc:(604) 962-3443

À être complété par le demandeur ou par la personne responsable du demandeur.

Section 1 - Renseignements sur le demandeur - CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE

Prénom				Second prénom				Nom				
Date de naissance	M	M	J	J	A	A	A	A	Sexe	Téléphone		
Courriel (si vous n'avez pas d'adresse de courriel, veuillez laisser le champ vide)								Télécopieur (si vous n'avez pas de télécopieur, veuillez laisser le champ vide)				

Adresse de la résidence principale (si cela n'est pas une résidence privée, veuillez remplir la Section 3)

N° d'appartement		N° de rue		Adresse 1				Adresse 2			
Ville				Province				Code postal			

Adresse postale/ adresse de livraison (endroit où vous souhaitez recevoir vos médicaments et votre avis de confirmation) case si même que l'Adresse de la résidence principale

N° d'appartement		N° civique		Adresse 1				Adresse 2			
Ville				Province				Code postal			

Le demandeur et/ou son(sa) soignant(e) convient/conviennent ce qui suit: (1) Le demandeur est d'ordinaire un résident du Canada; (2) Les informations fournies sur la demande de marijuana médicale et sur le document médical qui l'accompagne sont complètes et exactes; (3) Le document médical qui accompagne cette demande n'est pas simultanément utilisé pour obtenir de la marijuana sèche ou de l'huile de cannabis par le biais d'une autre source; (4) Un document médical original accompagne cette demande ; (5) Le demandeur utilisera la marijuana sèche ou l'huile de cannabis uniquement à des fins médicales personnelles; (6) Le demandeur reconnaît que la marijuana sèche et l'huile de cannabis ne sont pas des produits pharmaceutiques approuvés au Canada. Ainsi, leurs indications médicales, leurs posologies et les risques liés à leurs utilisations n'ont pas été étudiés de manière adéquate ; (7) Le demandeur reconnaît et accepte qu'il ou elle utilise les produits fournis par Whistler Medical Marijuana Corporation (WMMC) à leur propre risques et périls et renonce à toute action, réclamation, plainte ou demande future à l'encontre de WMMC (et de ses partenaires de productions) pour tous dommages, pertes ou blessures qui pourraient survenir de manière directe ou indirect en raison de l'utilisation de la marijuana sèche ou de l'huile de cannabis fournies par WMMC.

Consentement relatif à la divulgation des renseignements médicaux: En signant ci-dessous, Le demandeur ou son représentant légale consent au partage des informations du demandeur avec le médecin qui a signé le document médical fourni. En signant ci-dessous, le demandeur ou son représentant légale comprend qu'il ou elle aurait pu refuser de signer le formulaire de consentement et choisi de ne pas soumettre de demande.

Signature				Date	M	M	J	J	A	A	A	A
-----------	--	--	--	------	---	---	---	---	---	---	---	---

Section 2 - Renseignements sur le soignant – si vous souhaitez autoriser quelqu'un à parler en votre nom avec WMMC, veuillez fournir ses renseignements ci-dessous.

Si vous ne voulez pas autoriser quelqu'un à parler en votre nom avec la WMMC, vous pouvez laisser cette section vide.

Prénom				Second prénom				Nom				
Date de naissance	M	M	J	J	A	A	A	A	Sexe	Téléphone		

En signant ci-dessous, le soignant accepte d'agir à titre de responsable pour le demandeur mentionné à la Section 1.

Signature du Soignant				Date	M	M	J	J	A	A	A	A
-----------------------	--	--	--	------	---	---	---	---	---	---	---	---

Section 3 - Résidents d'un services sociaux

Si vous n'habitez pas dans un foyer d'accueil, un refuge, un auspice ou une institution semblable, vous pouvez laisser cette section vide.

Nom de l'établissement				Type d'établissement							
Téléphone				Télécopieur				Adresse courriel			

Veuillez demander au directeur de l'établissement mentionné ci-dessus de signer pour confirmer que l'établissement fournit couvert au demandeur.

Nom du directeur de l'établissement				Signature du directeur de l'établissement				Date	M	M	J	J	A	A	A	A
-------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	------	---	---	---	---	---	---	---	---

Section 4 - Expédition des médicaments à votre professionnel de la santé

Si l'adresse de livraison que vous avez fournie à la Section 1 est celle du bureau de votre professionnel de la santé, veuillez lui faire signifier qu'il consentir à recevoir le produit en votre nom.

Nom du Praticien de la santé				Signature du Praticien de la santé				Date	M	M	J	J	A	A	A	A
------------------------------	--	--	--	------------------------------------	--	--	--	------	---	---	---	---	---	---	---	---



À remplir par le professionnel de la santé

Section 1: Information du patient - **CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE**

Prénom		Second prénom			Nom			
Date de naissance	M	M	J	J	A	A	A	Sexe

Section 2: Information du praticien de la santé - **CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE**

Prénom(s)		Second prénom			Nom		
Profession		Numéro de pratique			Province(s) de pratique		
					<input type="checkbox"/> Alb. <input type="checkbox"/> C.-B. <input type="checkbox"/> Man. <input type="checkbox"/> N.-B. <input type="checkbox"/> T.-N.-L. <input type="checkbox"/> T.N.-O. <input type="checkbox"/> N.-É. <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> Ont. <input type="checkbox"/> I.-P.-É. <input type="checkbox"/> QC <input type="checkbox"/> Sask. <input type="checkbox"/> Yn		

Adresse professionnelle (une étampe est acceptable)

Adresse du bureau de consultation (si différente de l'adresse professionnelle)

Téléphone	Télécopieur	Adresse de courriel
-----------	-------------	---------------------

Veuillez indiquer le meilleur moyen de contacter le professionnel de la santé pour les vérifications relatives au document médical (téléphone, télécopieur , adresse courriel) :

Section 3: Ordonnance - **CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE**

REMARQUE - La quantité maximale de marijuana séchée qu'un client peut avoir en sa possession en tout temps ne peut excéder le moindre de ces deux quantités :
150 g de marijuana ou 30 fois la dose maximale quotidienne prescrite ci-dessous, selon le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.
- La période de la prescription ne peut excéder un an et doit commencer le jour où ce document est signé par le professionnel de la santé.

Diagnostic	
Dose maximale quotidienne prescrite de marijuana séchée (g/jour)	Période de la prescription (maximum de 12 mois) _____ jours _____ semaines _____ mois

Le professionnel de la santé doit signer dans l'espace ci-dessous pour confirmer que les informations ci-dessus sont exactes et complètes.

Signature du professionnel de la santé	Date	M	M	J	J	A	A	A	A
--	------	---	---	---	---	---	---	---	---

Section 4: Soumission

TÉLÉCOPIEUR

Les soumissions par télécopieur doivent être paraphées ci-dessous et transmises à partir du bureau du professionnel de la santé.

Initiales du professionnel de la santé

En apposant ses initiales, le professionnel de la santé reconnaît que le document médical télécopié à la WMMC constitue le document médical original et qu'il ou elle conservera ce document dans ses dossiers. Le professionnel de la santé atteste également que ce Document médical ne sera pas télécopié ou remis à toute autre partie qu'à la WMMC.

TÉLÉCOPIEUR DE WMMC : (604) 962-3443

POSTE

Les soumissions transmises par la poste doivent contenir l'ORIGINAL de ce document ainsi que le formulaire de demande de marijuana thérapeutique remplie.

**Whistler Medical Marijuana Corporation
113 - 1330 Alpha Lake Rd.
Whistler, (C.-B.)
V0N1B1**