

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE PATIENT
PATIENT REGISTRATION FORM**

Coordonnées / Coodinates

Nom / Name: _____

Adresse / Address: _____

Ville / City: _____

Code postal / Postal Code: _____ Date de naissance / Birthdate: _____

Telephone: _____ Age: _____

Courriel / Email: _____

Numéro d'assurance maladie / Medicare Number: _____

Informations médicales / Medical information

Principaux problèmes de santé du patient / Patient's major health issues

Opérations passées subies par le patient / List of previous surgeries

Médications prescrites / Prescribed medication

Utilisez-vous du tabac? / Do you use tobacco? Oui / Yes Non / No

Allergies aux médicaments? / Allergies to medication? Oui / Yes Non / No

Si oui, veuillez spécifier / If yes, please specify: _____

Allergies alimentaires? / Food Allergies? Oui / Yes Non / No

Si oui, veuillez spécifier / If yes, please specify: _____

Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant? Oui / Yes Non / No

Si oui depuis combien de temps? / If yes since when? _____

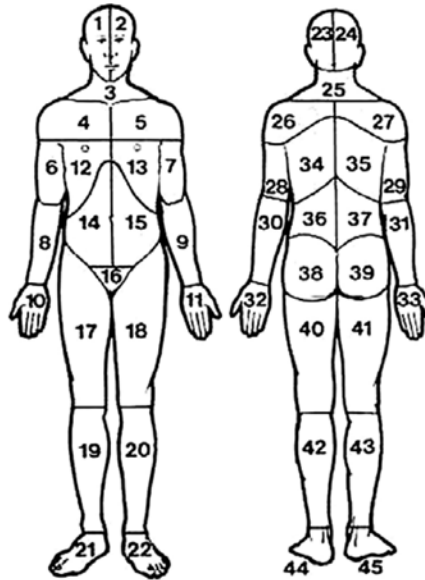
Allaitez-vous? / Are you breastfeeding? Oui / Yes Non / No

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE PATIENT PATIENT REGISTRATION FORM

Le patient a-t-il des douleurs physiques? Veuillez identifier les endroits. / Does the patient have physical pain? Please identify where.

Devant / Front

- 1- Tête (gauche) / Head (Left)
- 2- Tête (droite) / Head (right)
- 3- Cou / Neck
- 4- Épaule (gauche) / Shoulder (left)
- 5- Épaule (droite) / Shoulder (right)
- 6- Bras (gauche) / Arm (left)
- 7- Bras (droite) / Arm (right)
- 8- Avant-Bras (gauche) / Forearm (left)
- 9- Avant-Bras (droite) / Forearm (right)
- 10- Main (gauche) / Hand (left)
- 11- Main (droite) / Hand (right)
- 12- Côtes (gauche) / Ribs (left)
- 13- Côtes (droite) / Ribs (right)
- 14- Hanche (gauche) / Hip (left)
- 15- Hanche (droite) / Hip (right)
- 16- Bassin / Pelvis
- 17- Cuisse (gauche) / Thigh (left)
- 18- Cuisse (droite) / Thigh (right)
- 19- Jambe (gauche) / Leg (left)
- 20- Jambe (droite) / Leg (right)
- 21- Pied (gauche) / Foot (left)
- 22- Pied (droite) / Foot (right)



Derrière / Back

- 23- Tête (gauche) / Head (Left)
- 24- Tête (droite) / Head (right)
- 25- Cou / Neck
- 26- Épaule (gauche) / Shoulder (left)
- 27- Épaule (droite) / Shoulder (right)
- 28- Bras (gauche) / Arm (left)
- 29- Bras (droite) / Arm (right)
- 30- Avant-Bras (gauche) / Forearm (left)
- 31- Avant-Bras (droite) / Forearm (right)
- 32- Main (gauche) / Hand (left)
- 33- Main (droite) / Hand (right)
- 34- Côtes (gauche) / Ribs (left)
- 35- Côtes (droite) / Ribs (right)
- 36- Hanche (gauche) / Hip (left)
- 37- Hanche (droite) / Hip (right)
- 38- Fesse (gauche) / Buttock (left)
- 39- Fesse (droite) / Buttock (right)
- 40- Cuisse (gauche) / Thigh (left)
- 41- Cuisse (droite) / Thigh (right)
- 42- Jambe (gauche) / Leg (left)
- 43- Jambe (droite) / Leg (right)
- 44- Pied (gauche) / Foot (left)
- 45- Pied (droite) / Foot (right)

Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré de douleur du patient? / On a scale of 1 to 10, what is the patient's degree of pain?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Veuillez sélectionner les choix qui s'appliquent aux conditions suivantes / Please select the choices that apply to the following conditions

-Activité générale / General Activity

-Humeur / Mood

-Capacité à marcher / Ability to walk

-Relation avec les autres / Relations with others

-Sommeil / Sleep

-Appétit / Appetite

Mauvais Bad	Normal Normal	Bien Good
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE PATIENT PATIENT REGISTRATION FORM

Besoins en cannabis médical / Médical cannabis requirements

Nombre de grammes par jour prescrit / Amount of prescribed grams per day:

Utilisez-vous présentement du cannabis? / Are you currently using cannabis? Oui / Yes Non / No

Si oui, depuis quand / If yes, since when: _____

Quel types de cannabis utilisez-vous? / What types of cannabis do you use? Sativa Indica Hybride

Méthodes de consommation / Methods used to consume your cannabis

Inhalation Ingestion Topique / Topical Autre / Other (Veuillez spécifier / Please specify)

Autre méthodes / Other Methods: _____

Enregistrement chez Santé Canada / Registration with Health Canada

Le patient veut choisir un producteur licencié par Santé Canada (LP)/
The patient wants to choose a Health Canada Licensed Producer (LP) Oui / Yes Non / No

Le patient veut cultiver son propre cannabis médical /
The patient wants to cultivate his own medical cannabis Oui / Yes Non / No

Le patient veut designer CQS pour cultiver son cannabis médical /
The patient wants CQS to cultivate his medical cannabis Oui / Yes Non / No

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE PATIENT
PATIENT REGISTRATION FORM**

Outils de gestion des risques liés aux opioïdes / Opioid Risk Management Tool

Cochez chaque case qui applique la note de l'élément si vous avez
/ Check each box that applies the note of the element if you have

1- Antécédents familiaux d'abus de substances / Family history of substance abuse:

Femme Score Homme Score

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Alcool / Alcohol _____ | <input type="checkbox"/> 1 point | <input type="checkbox"/> 3 point |
| Drogues illégales / Illegal Drugs _____ | <input type="checkbox"/> 2 points | <input type="checkbox"/> 3 points |
| Drogue sur ordonnance / Prescription Drugs _____ | <input type="checkbox"/> 4 points | <input type="checkbox"/> 4 points |

2- Antécédents personnels de consommation abusive de substances
/ Personal history of substance abuse:

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Alcool / Alcohol _____ | <input type="checkbox"/> 3 points | <input type="checkbox"/> 3 points |
| Drogues illégales / Illegal Drugs _____ | <input type="checkbox"/> 4 points | <input type="checkbox"/> 4 points |
| Drogue sur ordonnance / Prescription Drugs _____ | <input type="checkbox"/> 5 points | <input type="checkbox"/> 5 points |

3- Âge (cocher la case si le patient à entre 16 et 45 ans) / Age (tick the box if the patient is between 16 and 45 years old) _____

1 point 1 point

4- Antécédent de violence sexuelle avant l'adolescence / History of sexual violence before adolescence: _____

3 points 0 point

5- Maladies psychologiques / Psychological diseases:

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel-compulsif ou bipolaire, schizophrénie / Attention Deficit Disorder, Obsessive-Compulsive or Bipolar Disorder, Schizophrenia _____ | <input type="checkbox"/> 2 points | <input type="checkbox"/> 2 points |
| Dépression / Depression _____ | <input type="checkbox"/> 1 point | <input type="checkbox"/> 1 point |

Note totale de risque:

Risque faible: 0 à 3
Risque modéré: 4 à 7
Risque élevé: 8 et plus

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE PATIENT PATIENT REGISTRATION FORM

Termes et conditions / Terms and conditions

CQS accepte d'envoyer l'original du document médical au patient qui souhaite produire son propre médicament et / ou qui souhaite qu'un producteur désigné le fasse, conformément aux décisions juridiques en matière de AMCRP avec Santé Canada. Le document médical original sera envoyé via un service de messagerie sécurisé. Ceci est requis pour la présentation du patient à Santé Canada dans laquelle le patient accepte de déposer tous les documents requis par Santé Canada. CQS n'est en aucun cas responsable et / ou responsable de quelque manière que ce soit de la soumission de documents pour un patient relatifs au traitement AMCRP avec Santé Canada

CQS agrees to send the original medical document to the patient wishing to grow their own medicine and/or wish to have a designated grower to do so as per the legal rulings pertaining to AMCRP with Health Canada. The original medical document will be sent via secure courier service. This is required for the patient's submission to Health Canada in which the patient agrees to file all the paperwork required by Health Canada, CQS is in no way liable and/or responsible in any way for the submission of any paperwork for a patient pertaining to AMCRP with Health Canada

Signature du patient

Date