

Cannabis à des fins médicales :

Renseignements pour le client et formulaire de reconnaissance

Santé Î.-P.-É. s'engage à fournir un environnement sain et sécuritaire à tous ses clients, ses employés et ses visiteurs. Pour nous aider à promouvoir la sécurité, veuillez lire les renseignements ci-dessous et signer à la fin. Cela montre que vous comprenez et acceptez les règles et les responsabilités relatives à l'usage de cannabis à des fins médicales dans les établissements de Santé Î.-P.-É.

Usage du cannabis à des fins médicales

- J'informerai mon fournisseur des soins de santé que j'utilise du cannabis à des fins médicales au moment de l'admission à un établissement de Santé Î.-P.-É.
- Je remettrai à mon fournisseur de soins de santé un ou des documents qui montrent que j'ai l'autorisation d'utiliser du cannabis à des fins médicales, par exemple :
 - un document médical signé par une infirmière praticienne ou un médecin autorisé;
 - un document d'inscription ou un certificat de Santé Canada;
 - un document d'inscription d'un producteur de cannabis à des fins médicales autorisé et approuvé par le fédéral.

Votre fournisseur de soins de santé photocopiera les documents à joindre à votre dossier médical.

- Je comprends que mon médecin ou mon infirmière praticienne doit approuver l'utilisation de cannabis à des fins médicales pendant que je suis dans un établissement de Santé Î.-P.-É. L'infirmière praticienne ou le médecin peut aussi rédiger une ordonnance médicale pour que cesse l'utilisation du cannabis à des fins médicales s'il détermine que les risques pour la santé ou les effets secondaires l'emportent sur les bienfaits.
- J'accepte de fournir à l'établissement de Santé Î.-P.-É. du cannabis que je me suis procuré auprès d'un [producteur de cannabis à des fins médicales autorisé par Santé Canada](#).
 - Le cannabis doit être étiqueté et sous une forme qui peut être administrée par les fournisseurs de soins de santé (p. ex., huile ou capsule); **fumer ou vapoter du cannabis à des fins médicales n'est pas permis dans les établissements de Santé Î.-P.-É.**
- Je comprends que Santé Î.-P.-É. n'assume aucune responsabilité si je quitte l'établissement pour obtenir ou pour fumer du cannabis.

Santé Î.-P.-É.

Un système de santé unique

Conservation du cannabis

- J'accepte de fournir au personnel infirmier mon propre cannabis qui sera entreposé de manière sécuritaire durant mon séjour dans un établissement de Santé Î.-P.-É.
- Je comprends que deux infirmières rangeront mon cannabis dans un endroit verrouillé et noteront la quantité reçue. Les doses de cannabis (capsules ou gouttes d'huile) seront indiquées dans mon dossier médical.
- Tout cannabis restant me sera remis lorsque j'obtiendrai mon congé ou un transfert vers un autre établissement. Je comprends que je peux obtenir une copie de mon dossier médical sur demande.

Risques liés à la consommation de cannabis

- Je comprends que le cannabis à des fins médicales n'est pas un médicament approuvé par Santé Canada (l'organisme de réglementation qui surveille l'utilisation des médicaments au Canada). Il y a un consensus selon lequel il faut réaliser plus de travaux de recherche pour mieux comprendre les médicaments à base de cannabis et en valider l'efficacité. Par conséquent :
 - Je reconnais qu'il est possible que mon équipe de soins ne soit pas au courant des risques, des effets secondaires ou des interactions médicamenteuses associés à l'usage du cannabis à des fins médicales;
 - Je comprends qu'il y a des risques associés à l'usage que je fais du cannabis à des fins médicales, y compris les risques d'effets secondaires et de réactions indésirables potentielles associés à l'usage du cannabis à des fins médicales, dont mon équipe de soins n'est peut-être pas au courant;
 - je reconnais et j'accepte ces risques et je souhaite continuer à utiliser du cannabis à des fins médicales durant mon séjour à cet établissement.

Je reconnais que si je ne respecte pas les politiques et les règles encadrant l'usage du cannabis, Santé Î.-P.-É. a le droit et la responsabilité de m'interdire de consommer du cannabis à quelque fin que ce soit pendant que je suis client ou résident d'un établissement de Santé Î.-P.-É.

Je reconnais que je comprends les conditions énoncées dans le présent document et que je signe ce document librement et volontairement.

Signature du patient

Date

Nom du patient