



CANNABIS FOR MEDICAL PURPOSES AGREEMENT FOR USE AND RELEASE OF RESPONSIBILITY

ADDRESSOGRAPH

This is to certify that I, _____, am using medical cannabis that has been authorized by my health care practitioner. I confirm that my use of medical cannabis is related to my health condition.

I understand that use of medical cannabis within a Southern Health-Santé Sud facility requires a written order from the prescriber responsible for my care within the facility. If a dispute should arise between the prescriber and myself regarding continued use of medical cannabis, I understand that I may ask for a second opinion regarding the benefits of continued use.

I agree to accept responsibility for the self-administration of my medical cannabis if it is smoked or vaporized. I agree to comply with Southern Health-Santé Sud Smoke Free Environment policy [ORG.1010.PL.003](#), and will only smoke or vaporize cannabis in designated areas.

I understand that Southern Health-Santé Sud accepts no responsibility for any harm or ill affect that may occur as the result of my use of medical cannabis.

I agree that I am responsible for the use of my own supply of medical cannabis, and I agree to the supply being stored in a locked and secured location. I understand that Southern Health-Santé Sud staff will only handle my medical cannabis in order to access it from storage for my use, and will not accept any responsibility for any loss or theft of my medical cannabis supply. I agree not to share, provide, trade, or sell cannabis to anyone while in the care of Southern Health-Santé Sud.

I, _____, hereby release and hold harmless Southern Health-Santé Sud, its employees, agents, directors, officers and trustees, as well as the medical staff, including physicians and other prescribers, from any liability, loss, damage, or claim arising from my medical cannabis use, including any changes in physical condition, accident, or any other injury.

Signature of Client or Alternate Decision Maker

Printed Name

Date

Signature of Witness

Printed Name

Date



**ENTENTE RELATIVE
À L'USAGE DE CANNABIS
À DES FINS THÉRAPEUTIQUES
ET DÉGAGEMENT DE
RESPONSABILITÉ**

ADDRESSOGRAPH

Par la présente, je _____, confirme que j'utilise du cannabis à des fins thérapeutiques sur ordonnance de mon fournisseur de soins de santé. Je confirme que je n'utilise du cannabis que pour des raisons de santé.

Je comprends que l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques dans une installation de la région sanitaire Southern Health-Santé Sud exige une ordonnance prescrite par la personne de qui je reçois des soins de santé dans ladite installation. Dans le cas d'un désaccord entre cette personne et moi quant à la pertinence de continuer à utiliser du cannabis à des fins thérapeutiques, je comprends que je suis en droit d'obtenir l'avis d'un autre professionnel de la santé.

J'accepte la responsabilité d'administrer moi-même le cannabis à des fins thérapeutiques qui m'a été prescrit si je le fume, avec ou sans vaporisateur. Je consens à respecter la Politique pour un environnement sans fumée [ORG.1010.PL.003](#) de Southern Health-Santé Sud, en ne fumant que dans les endroits désignés à cette fin.

Je comprends que Southern Health-Santé Sud n'acceptera aucune responsabilité pour les dommages que je pourrais encourir par mon usage de cannabis à des fins thérapeutiques.

Je comprends que je suis responsable de l'usage du cannabis thérapeutique qui m'a été prescrit et je consens à garder ce cannabis dans un endroit sûr et verrouillé. Je comprends que le personnel de Southern Health-Santé Sud ne manipulera mon cannabis thérapeutique que pour y accéder là où je l'aurai range et ne sera pas tenu responsable advenant sa perte ou son vol. J'accepte de ne pas partager, offrir, échanger ou vendre mon cannabis thérapeutique à quiconque pendant que je reçois des soins de Southern Health-Santé Sud.

Par la présente, je _____, libère et exonère Southern Health-Santé Sud, ses employés, représentants, directeurs, agents et fiduciaires, de même que son personnel de toute responsabilité, de toute réclamation ou de tout dommage lié à mon usage de cannabis thérapeutique, y compris tout changement dans ma condition physique, tout accident ou toute blessure.

Signature du client ou décideur autorisé

Nom (en lettres moulées)

Date

Signature du témoin

Nom (en lettres moulées)

Date