



PROTECTED WHEN COMPLETED/ PROTÉGÉ LORSQUE REMPLI

Methadone

Exemption Application Application pour une exemption

1. IDENTIFICATION

Please Print / s.v.p. en lettres moulées

Applicant: Physician/ Médecin <input type="checkbox"/> Veterinarian/Vétérinaire <input type="checkbox"/> Dentist/Dentiste <input type="checkbox"/>		
Surname/ Nom:		Given Name/ Prénom:
Licence(s)/ License(s):		
Specialty/S spécialité:		
Post Graduate Training/ Formation professionnelle:		
Primary Practice Address/Adresse du lieu d'exercice:	Institution:	
	Street/Rue:	
	Room/pièce:	
	City/Ville:	
	Province:	Ontario
	Postal Code/ Code postal:	
Telephone/Téléphone:	Fax/ télécopieur:	
E-mail Address/ Courriel:		
Mailing Address (if different from above)/Adresse de correspondance (si différente)		
Language / Langue	English <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/>

2. EXEMPTION

Indication:	Analgesia / Analgésie
Type:	New/ Nouvelle <input type="checkbox"/> Renewal/ Renouvellement <input type="checkbox"/> Cancellation / annulation <input type="checkbox"/>
Other/ Autre:	For one patient only/ pour un(e) patient(e) seulement <input type="checkbox"/> name of patient/ nom du/de la patient(e): Correctionnal Services/ Service correctionnel <input type="checkbox"/>

3. QUALIFICATIONS & EXPERIENCE

Please print/s.v.p. lettres moulées

Describe qualifications and experience with methadone for pain management Décrire qualifications et expérience avec la méthadone pour l'analgésie

Type of practice (solo or group)/ Type de pratique (seul/en groupe)

Name of consultant*/ nom du consultant**	
---	--

***Consultant:** Name of a physician who is already exempted to prescribe methadone for analgesic purposes and has agreed to be available to answer your questions when necessary during the first year of methadone prescribing.

****Consultant:** Nom d'un(e) médecin qui est déjà exempté(e) pour prescrire la méthadone pour l'analgésie et qui a accepté d'être disponible pour répondre à vos questions lorsque nécessaire durant la première année.

4. DECLARATION

By, this and under the condition that the released information is treated confidentially, I consent to the release from the licensing authority of the province or provinces in which I am registered and entitled to practice, to the Office of Controlled Substances of information from my personal file pertaining to the review of my application to prescribe methadone or to any other action related to this exemption

Par la présente, et sous réserve que soit respecté leur caractère confidentiel, j'autorise le Collège des médecins de la / des provinces où je suis enregistré à dévoiler au Bureau des substances contrôlées toute recommandation ou tout renseignement contenu dans mon dossier personnel susceptible d'être utile à l'étude de ma demande d'exemption à prescrire la méthadone ou toute autre action pouvant être prise en rapport avec cette exemption.

Signature:		Date:	

Please send the application to the address below:

**Methadone Programme
Evaluation and Authorization Division
Office of Controlled Substances
Health Canada
3rd Floor
123 Slater St
AL 3503B
Ottawa ON K1A 1B9**

A copy of the application may be faxed to (613) 952-2196, however, **the original must be sent by mail**. For further information, please contact the Evaluation and Authorization Division at (613) 946-5139 or toll free 1-866-358-0453, by fax at (613) 952-2196 or by e-mail at exemption@hc-sc.gc.ca

Veillez faire parvenir la demande à l'adresse ci-dessous :

**Programme de la méthadone
Division de l'évaluation et autorisations
Bureau des substances contrôlées
Santé Canada
3ième étage
123 rue Slater
IA 3503B
Ottawa ON K1A 1B9**

Il est à noter qu'une copie de la demande peut être envoyée par télécopieur au (613) 952-2196; **l'original doit cependant être envoyé par la poste.**

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec la Division de l'évaluation et autorisations par téléphone au (613) 946-5139 ou sans frais au 1-866-358-0453, par télécopieur au (613) 952-2196 ou par courriel à exemption@hc-sc.gc.ca