

FORMULAIRE D'AUTO-RÉFÉRENCE DU PATIENT

VEUILLEZ INDIQUER LA RÉGION OU LA VILLE LA PLUS PROCHE DE VOUS :

Montréal Rive-Sud Ouest de l'île Laval/Laurentides Québec Sherbrooke Autre : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Date de naissance : _____ RAMQ : _____ Date : _____

Téléphone : () _____ Courriel : _____

Nom du médecin de famille ou du spécialiste : _____

Nom de la clinique ou du centre hospitalier : _____

Diagnostic primaire : _____

Raison de la consultation : _____

Veillez décrire les symptômes pour lesquels vous cherchez un traitement de cannabis médical : _____

Avez-vous été évalué par un psychiatre/psychologue ? Non Présentement Auparavant Nom : _____

Avez-vous essayé des médicaments pour soulager vos symptômes ? Non Présentement Auparavant

Utilisez-vous du cannabis ou des produits à base de cannabis ? Non Présentement Auparavant et indiquer : Médicalement Récréatif

Si oui, fournissez des détails : _____

VEUILLEZ INDIQUER SI VOUS AVEZ UN HISTORIQUE DE :

- Aucun Problème cardiaque (rapport de cardiologue obligatoire) Haute pression Schizophrénie ou épisode de psychose (rapport de psychiatre obligatoire) Trouble lié à l'usage de substances (alcool, drogues)

* Veillez joindre tous les documents pertinents à votre état de santé pour évaluer votre dossier :

- Résumé de dossier médical ou notes de consultations Liste des médicaments (3 dernières années) Rapport d'imagerie médicale (si applicable) Rapport de psychiatre (si applicable)

ATTESTATION

En signant ci-dessous, je confirme que les informations fournies sont vraies et exactes.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Signature : _____ Date : JJ / MM / AAAA _____