



Demande d'aiguillage pour essai clinique

Referral form for research study

Veuillez transmettre par télécopieur ou courriel

Please send by fax or email

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

Renseignements sur le patient / Patient Information

Prénom / First Name _____ Nom de famille / Last Name _____

Date de naissance / Date of Birth JJ / MM / AAAA _____ RAMQ / Health Insurance _____

Téléphone () _____ Courriel / Email _____

Diagnostic primaire / Primary Diagnosis _____

Diagnostic secondaire / Secondary Diagnosis _____

Historique ou condition actuelle de santé mentale*
History or current mental health condition* Évalué par un psychiatre Oui
Assessed by psychiatrist Non

Sommaire médical** / Medical Summary** _____

*Veuillez joindre les notes ou rapports pertinents / *Please attach notes or relevant reports

**Veuillez faire parvenir les dossiers médicaux pertinents, incluant les rapports d'imagerie, de consultations, et de traitements antérieurs.

**Please provide pertinent copy of medical records, including imaging reports, relevant consultations, and prior treatments.

Veuillez indiquer s'il y a un historique ou présence de / Please indicate if there is a history of:

Aucun / Non Applicable **Maladie cardiovasculaire active ou instable** / Active or unstable cardiovascular disease **Hypertension non contrôlée** / Uncontrolled hypertension **Troubles ou épisode(s) psychotiques** / Psychotic disorder or episode(s) **Usage de substances problématiques ou dépendance** / Problematic substance use or dependence

Note: Si oui, veuillez joindre les rapports pertinents / If yes, please attach notes or relevant reports

Veuillez indiquer / Please Indicate **Traitements pharmaceutiques ont été essayés** / Pharmaceutical treatments have been tried **ou refusés par le patient.** / or refused by the patient.

Liste des Rx (peut être joint séparément) / Rx List (may be attached separately) _____

Renseignements sur le professionnel de la santé / Healthcare Professional Information

Prénom / First Name _____ Nom de famille / Last Name _____

No. de permis / License no. _____ Tél () _____ Fax () _____

Adresse / Address _____ Courriel / Email _____

Ville / City _____ Province _____ CP / PC _____

Signature _____ Date JJ / MM / AAAA _____ Timbre (si disponible) / Stamp (if available) _____