



Montréal | Pointe Claire | Québec | Sherbrooke  
T 1 (844) 419-4131  
F 1 (844) 714-1181  
info@santecannabis.ca  
santecannabis.ca

## DEMANDE DE CONSULTATION

Veillez transmettre par télécopieur ou courriel

## REFERRAL FOR CONSULTATION

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\*** \_\_\_\_\_ **Évalué par un psychiatre**  **Oui**  
History or current mental health condition\* Assessed by psychiatrist  **Non**

**Sommaire médical\*\* / Medical Summary\*\*** \_\_\_\_\_

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

\*\*Veillez 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.

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

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

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

**Veillez indiquer / Please Indicate**  **Traitements pharmaceutiques ont été essayés**  **ou refusés par le patient.**  
Pharmaceutical treatments have been tried 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)**