

DEMANDE DE CONSULTATION REFERRAL FOR CONSULTATION

L'ENDROIT LE PLUS PROCHE POUR LE PATIENT / CLOSEST LOCATION FOR PATIENT:

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION

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

Date de naissance / Date of Birth _____ **RAMQ / Health Insurance** _____ **Date** _____

Téléphone () _____ **Courriel / Email** _____

Diagnostic primaire / Primary Diagnosis _____

Diagnostic secondaire / Secondary Diagnosis _____

Les antécédents ou l'état de santé mentale actuel* _____ **Évalué par un psychiatre**
History or current mental health condition* Assessed by psychiatrist

Sommaire médical* / Medical Summary* _____

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

VEUILLEZ INDIQUER S'IL EXISTE UN HISTORIQUE DE / PLEASE INDICATE IF THERE IS A HISTORY OF:

Aucun / None **Maladie cardiovasculaire active ou instable** / Active or unstable cardiovascular disease **Hypertension artérielle non contrôlée** / Uncontrolled hypertension **Troubles ou épisode(s) psychotiques** / Psychotic disorder or episode(s) **Consommation problématique de substances ou dépendance** / Problematic substance use or dependence

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

VEUILLEZ INDIQUER / PLEASE INDICATE **Si des 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 jointe 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** _____

Vous souhaitez obtenir des informations sur notre programme de formation pour médecins
Interested in information about our Prescriber Training Program

Timbre (si disponible)
Stamp (if available)