

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 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. _____ **Téléphone** _____ **Fax** _____

Adresse / Address _____ **Courriel / Email** _____

Ville / City _____ **Province** _____ **CP / PC** _____

Signature _____ **Date** _____

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)