

# 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    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 indiquez :**    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 :** \_\_\_\_\_