

# FORMULAIRE D'AUTO - RÉFÉRENCE PATIENT

CLINIQUE LA PLUS PROCHE : Montréal Pointe-Claire Sherbrooke Je réside à plus de 100 km des cliniques répertoriées

## INFORMATIONS PATIENT

Prénom :	_____	No d'assurance-maladie (RAMQ) :	_____
Nom de famille :	_____	Date d'expiration :	_____
Pronom : <input type="checkbox"/> Il <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Ici <input type="checkbox"/> Autre :	_____	Date de naissance :	_____
Adresse :	_____	Téléphone :	_____
Ville :	_____	Courriel :	_____
Province: _____	Code Postal : _____	Nom du proche-aidant :	_____

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Nom de votre médecin/spécialiste/infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) :	_____	Pas de médecin de famille
Nom de la clinique ou du centre hospitalier :	_____	
Principal diagnostic médical :	_____	
Principal symptôme/raison de la consultation :	_____	
Autres diagnostics et problèmes de santé :	_____	
Récents séjours à l'hôpital (5 dernières années) :	_____	

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERTINENTS COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE À VOUS :

Schizophrénie ou psychose	<input type="checkbox"/> si oui, <input type="checkbox"/> Présentement <input type="checkbox"/> Auparavant
Bipolarité de type 1	
Enceinte, allaite ou prévoit être enceinte bientôt	
Sous immunothérapie contre le cancer dans les 6 derniers mois ou dans les mois à venir	
Sous anticoagulants	
Problèmes rénaux sévères	
Problèmes hépatiques sévères	Détails : _____
Haute pression non contrôlée par des médicaments	
Maladies du coeur <input type="checkbox"/> si oui, <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Ischémie cérébrale transitoire (mini AVC)	
Autre(s) :	_____
Dépendance aux drogues (alcool, drogues)	<input type="checkbox"/> si oui, <input type="checkbox"/> Présentement <input type="checkbox"/> Auparavant
Détails :	_____

## DOCUMENTS MÉDICAUX À JOINDRE À VOTRE SOUMISSION \*Veuillez joindre les documents pertinents à votre état de santé à votre dossier.

Un dossier incomplet pourrait retarder le traitement de votre demande.

Résumé de votre dossier médical, notes de consultations	Liste de vos médicaments (actifs et des 3 dernières années)	Rapport d'imagerie médicale/radiologie (si applicable)	Rapport de psychologie/psychiatrie (si applicable)
---	---	--	--

## ATTESTATION

En signant ci-dessous, je confirme que les informations fournies sont vraies et exactes.

Prénom :	_____	Nom de famille :	_____
Signature :	_____	Date :	_____