

DEMANDE DE CONSULTATION

URGENT

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

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Prénom :	<hr/>	No de RAMQ :	<hr/>
Nom de famille :	<hr/>	Date d'expiration :	<hr/>
Pronom : Il Elle Iel Autre :	<hr/>	Date de naissance :	<hr/>
Adresse :	<hr/>		
Ville :	<hr/>		
Province :	Code postal :	<hr/>	
		Téléphone :	<hr/>
		Courriel :	<hr/>
		Nom du proche-aidant :	<hr/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX (OBLIGATOIRE)

Raison(s) de la demande :

Diagnostic primaire :

Diagnosics secondaires :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERTINENTS (OBLIGATOIRE) VEUILLEZ COCHER TOUT CE QUI S'APPLIQUE :

Schizophrénie, psychose ou trouble bipolaire de type 1	<i>si oui,</i>	Présentement	Auparavant	
Enceinte, allaite ou prévoit être enceinte				
Immunothérapie	<i>si oui,</i>	Lors des 6 derniers mois	Présentement	Prochainement
Anticoagulants	<i>Spécifiez :</i> <hr/>			
Dysfonction rénale sévère	<i>Spécifiez :</i> <hr/>			
Trouble hépatique sévère	<i>Spécifiez :</i> <hr/>			
Haute pression non-contrôlée	<i>Spécifiez :</i> <hr/>			
Maladie cardiovasculaire	Instable	Stable		
	<i>si oui,</i>	Arythmie	Fibrillation auriculaire	ACV ICT
	<i>Autre(s), spécifiez :</i> <hr/>			
Trouble lié à l'usage de substances (alcool, drogues)	<i>si oui,</i>	Présentement	Auparavant	
	<i>Spécifiez :</i> <hr/>			

* Si oui à un des éléments ci-haut, veuillez joindre notes de consultation et/ou rapports médicaux pertinents

RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA PROFESSIONNEL(LE) DE LA SANTÉ (ÉTAMPE, SI DISPONIBLE)

Prénom :	<hr/>	No. de permis :	<hr/>
Nom de famille :	<hr/>	Téléphone :	Fax : <hr/>
Adresse :	<hr/>		
Ville :	Province :	Courriel :	<hr/>
		Code postal :	<hr/>
Signature :	<hr/>		
		Date :	<hr/>

Vous souhaitez obtenir des informations sur notre programme de formation pour prescripteurs
* Pour plus d'information, consultez notre site web : santecannabis.ca