

# DEMANDE DE CONSULTATION

URGENT

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

## RENSEIGNEMENTS PATIENT

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX (OBLIGATOIRE)

Raison(s) de la demande : \_\_\_\_\_

Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_

Diagnosics secondaires : \_\_\_\_\_

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

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

\* 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 : \_\_\_\_\_ No. de permis : \_\_\_\_\_  
Nom de famille : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Vous souhaitez obtenir des informations sur notre programme de formation pour prescripteurs

\* Pour plus d'information, consultez notre site web : santecannabis.ca