

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

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 :

- Avez-vous la schizophrénie ou des antécédents de psychose ?
- Avez-vous un trouble bipolaire de type 1 ?
- Êtes-vous enceinte, allaitez ou prévoyez devenir enceinte bientôt ?
- Avez-vous reçu des traitements d'immunothérapie contre le cancer au cours des 6 derniers mois ou en recevrez-vous dans les mois à venir ?
- Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?
- Avez-vous des problèmes de rein ?
- Avez-vous des problèmes de foie ?
- Avez-vous une maladie du cœur ?
- Faites-vous de la haute pression ?
- Avez-vous des antécédents actuels ou passés de dépendance aux drogues (ex : alcool, drogues) ?

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
- Rapport d'imagerie médicale/radiologie (si applicable)
- Liste de vos médicaments (actifs et des 3 dernières années)
- 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 :