

DEMANDE DE CONSULTATION

URGENT

CLINIQUE LA PLUS PROCHE :

Montréal

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 :	_____	Nom du proche-aidant :	_____
Code postal :	_____		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX (OBLIGATOIRE)

Raison(s) de la demande : _____

Diagnostic primaire : _____

Diagnosics secondaires : _____

VEUILLEZ INDIQUER Si des traitements pharmaceutiques ont été essayés ou refusés par le ou la patient-e

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

Schizophrénie, psychose ou trouble bipolaire de type 1

si oui, Présentement Auparavant

Enceinte, allaite ou prévoit être enceinte

Immunothérapie

si oui, Lors des 6 derniers mois Présentement Prochainement

Spécifiez : _____

Anticoagulants

Spécifiez : _____

Dysfonction rénale sévère

Spécifiez : _____

Trouble hépatique sévère

Spécifiez : _____

Haute pression non-contrôlée

Maladie cardiovasculaire

si oui, Arythmie Fibrillation auriculaire ACV ICT

Autre(s), spécifiez : _____

Instable Stable

Trouble lié à l'usage de substances (alcool, drogues)

Spécifiez : _____

si oui, Présentement Auparavant

* 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 :	_____
Adresse :	_____	Fax :	_____
Ville :	_____	Courriel :	_____
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