

# 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 : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Nom du proche-aidant : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX (OBLIGATOIRE)

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

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

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

VEUILLEZ INDICHER 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

## HISTORIQUE DE CONSOMMATION DE CANNABIS

Jamais essayé auparavant Médical ou traitements auto-administrés Récréatif Médical et récréatif

## 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