



santé
CANNABIS



CLNIQUE CANNABINOÏDE
CANNABINOID CLINIC



CENTRE DE RESSOURCES
RESOURCE CENTRE

DEMANDE DE CONSULTATION / REFERRAL FOR CONSULT

Veillez envoyer par télécopieur ou courriel aux coordonnées ci-dessous / Please send by fax or email to contact information below

Renseignements sur le patient / Patient Information

Nom complet / Full name: Prénom/First Name Nom de famille / Last Name

Tél. / Tel. # : _____ DDN/DOB: jj / mm / aaaa dd / mm / yyyy

Email : _____ # RAMQ : _____

Diagnostic primaire / Primary Diagnosis : _____

Diagnostics secondaires / Secondary Diagnoses : _____

Sommaire médical / Medical Summary **

** Veuillez faire parvenir les dossiers médicaux pertinents, incluant les rapports d'imagerie, consultations et traitements antérieurs

** Please provide copy of pertinent medical records, such as imaging reports, relevant consultations and prior treatments

Veillez indiquer s'il y a un historique ou présence de: / Please indicate a history or presence of:

- Maladie cardiovasculaire active ou instable / Active or unstable cardiovascular disease
 Hypertension non contrôlée / Uncontrolled hypertension
 Psychose (incluant la schizophrénie) / Psychotic disorder (including schizophrenia)
 Usage de substance problématique ou dépendance / Problematic substance use or dependence

Notes: _____

Veillez indiquer / Please indicate: Traitements pharmaceutiques ont été essayés ou refusés par le patient
Pharmaceutical treatments have been tried or refused by the patient

Liste des Rx* / Current Rx* : _____

* La liste des médicaments peut être jointe séparément / * Rx List may be attached separately

Renseignements sur le professionnel de santé / Healthcare Professional Information

Nom complet / Full Name: _____

Spécialité / Specialty: _____

No. de permis / License #: _____

Tél. / Tel. : _____ Téléc. / Fax : _____

Adresse / Address : _____

Ville / City: _____ Province: _____ CP: _____

Timbre (si disponible)

Stamp (if available)

Signature du médecin / Physician Signature

Date