

DEMANDE DE CONSULTATION POUR LA THÉRAPIE ASSISTÉE PAR DES PSYCHÉDÉLIQUES

CLINIQUE LA PLUS PROCHE :

Montréal

Sherbrooke

Réside à plus de 100 km des cliniques répertoriées

URGENT
RENSEIGNEMENTS PATIENT

Prénom : _____	RAMQ #: _____	Expiration : mm/yy _____
Nom de famille : _____	Date de naissance : _____	
Pronom : Il Elle Iel Autre : _____	Téléphone : _____	
Adresse : _____	Courriel : _____	
Ville : _____	Nom de la personne de soutien : _____	
Province : _____	Code postal : _____	Patient-e a de faibles revenus et a besoin d'un programme d'accès compassionnel

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX (OBLIGATOIRE)
Raison(s) de la demande : _____

Diagnostic primaire : _____

Diagnostics secondaires : _____

VEUILLEZ INDIQUER Au moins deux traitements pharmaceutiques ont été essayés ou refusés par le ou la patiente

Patient-e a été évalué-e et/ou suivi-e par un-e psychiatre ou un-e psychologue au cours de la période suivante : mm/yy _____

Patient-e a été hospitalisé-e pour un problème de santé mentale au cours des cinq dernières années.

Si oui, précisez : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERTINENTS (OBLIGATOIRE). VEUILLEZ COCHER TOUS CEUX QUI S'APPLIQUENT.

Enceinte, allaite ou prévoit être enceinte

Antécédents personnels de schizophrénie, psychose ou trouble bipolaire de type 1 Si oui, Présentement Auparavant

Antécédents de schizophrénie ou de psychose dans la famille

Dysfonction rénale sévère ou trouble hépatique sévère

Si oui, précisez : _____

Haute pression non-contrôlée

Maladie cardiovasculaire active

Si oui, précifiez : _____

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

Si oui, précifiez : _____

Possibilité de suicide ou idées suicidaires récentes

* Si vous avez répondu par "oui" à l'une des questions ci-dessus, veuillez joindre les notes de consultation et/ou les rapports médicaux pertinents.

Cannabis : _____	Jamais essayé auparavant	Traitements médicaux ou auto-administrés	Récréatif	Médical avec autorisation
Drogues psychédéliques : _____	Jamais essayé auparavant	Traitements médicaux ou auto-administrés	Récréatif	Médical avec autorisation

Si oui, précifiez : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA PROFESSIONNEL·LE DE LA SANTÉ (ÉTAMPE, SI DISPONIBLE)

Profession : _____	Nom : _____	La consultation a eu lieu à l'adresse suivante :
No. de permis : _____	Province : _____	Adresse : _____
Signature : _____	Date : _____	Ville : _____ Province : _____
Courriel : _____		Code postal : _____
		Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Intéressé-e par des informations sur le cannabis médical ou la thérapie assistée par des psychédéliques
 * Laissez votre courriel ci-dessus et consultez notre site internet pour plus d'information : santecannabis.ca