



CLINIQUE CANNABINOÏDE
CANNABINOÏD 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 : _____

Tél. / Tel. # : _____ DDN / DOB : _____

Email : _____ # RAMQ : _____

Diagnostic primaire / Primary Diagnosis : _____

Diagnostics secondaires / Secondary Diagnoses : _____

Sommaire médical / Medical Summary **

**Veillez 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

Listes 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 / Speciality: _____

No. de permis / License #: _____

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

Adresse / Address: _____

Ville / City: _____ Province: _____ CP: _____



Signature du médecin / Physician Signature

Date

SHEVAYA WELLNESS