

Courriel : [info@naturemedic.ca](mailto:info@naturemedic.ca)

T. (819) 588-1205 F. (819) 769-1709

## REQUÊTE DE CONSULTATION EN CANNABIS MÉDICAL

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Sexe. F  M

No. Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assurance maladie : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_/\_\_\_\_

### CONDITION MÉDICALE

**1. Raisons de la référence :** Migraines  Anxiété  Cancer  Insomnie  Dépression   
 Maladie inflammatoire  Fibromyalgie  Douleurs neuropathiques  Épilepsie  Douleurs arthritiques   
 Parkinson  Alzheimer  SSPT  Autres \_\_\_\_\_

**2. Le problème est-il relié à :** Accident de la route  Accident de travail  Agression  Aucun

**3. Historique médical:** AVC  MPOC  Diabète  SAS  Maladie mentale  Abus de substance

**4. Médication :** Anticoagulant/antiplaquettaire  Opioïdes  Benzodiazépines  Anticonvulsifs   
 Anti-inflammatoires  Antidépresseurs  Somnifères  Autres \_\_\_\_\_

**9. Annexes jointes :** non  oui  Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

**10. Voulez-vous une copie des consultations :** non  oui  Si oui, no. de fax : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Merci d'aviser votre patient qu'il devra fournir sa liste de médicaments à jour avant de pouvoir obtenir une consultation et que des frais de 99\$ s'appliqueront pour le plan de traitement et le suivi médical. **SVP Joindre copie des notes de consultations pertinentes.**

Nom (Lettres moulées SVP) : \_\_\_\_\_ # license \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de pratique : \_\_\_\_\_

**\*Service de télémédecine disponible**

**Faxer la requête au (819) 769-1709**

MONTRÉAL – MAGOG – ROXTON POND – ST-SAUVEUR – SAGUENAY