

2377 Rue Principale Ouest
Local 120, Magog, J1X 0J4
T. (819) 588-1205 F. (819) 769-1709

Site web www.naturemedic.ca
Courriel : info@naturemedic.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Sexe. F M
 No. Téléphone : (_____) _____ Date de naissance (J/M/A) : ____/____/____
 Assurance maladie : _____ Exp. ____/____

CONDITION MÉDICALE

- 1. Services requis :** Évaluation Procédure Autre _____
- 2. Raisons de la référence :** Migraines Douleur dorsale SDRC Douleur cervicale
 Douleur pelvienne/abdominale Radiculopathie Neuropathie Douleur généralisée
 Douleur musculo-squelettique Fibromyalgie Arthrite Arthrose
- 3. Le problème est-il relié à :** Accident de la route Accident de travail Agression Demande d'invalidité
- 4. Historique médical:** AVC MPOC Diabète SAS Maladie mentale Abus de substance
- 5. Chirurgie/trauma :** Opération pour la douleur Douleur post-opératoire
- 6. Traitements antérieurs :** Médicaments infiltrations Médecine complémentaire Physiothérapie
- 7. Médication :** Anticoagulant/antiplaquettaire. Opioïdes Benzodiazépines Cannabis Médical
 Anticonvulsifs Antidépresseurs Autre _____
- 8. Situation :** Travail Chômage Invalidité Retraite Autre _____
- Annexes jointes : non oui Si oui, spécifiez : _____
- Voulez-vous une copie des consultations : non oui Si oui, no. de fax : (_____) _____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

En référant votre patient chez Nature Médic, vous convenez de continuer à le suivre selon les recommandations qui seront émises et de l'aviser que la clinique le contactera pour un rendez-vous et qu'il devra fournir sa liste de médicaments à jour avant de pouvoir obtenir une consultation. Des frais peuvent s'appliquer. Le cas échéant, ceux-ci lui seront communiqués. **SVP Joindre copie d'imagerie et notes de consultations pertinentes.**

Nom (Lettres moulées SVP) : _____ # license _____

Lieu de pratique : _____

Signature : _____ Date (J/M/A) : ____/____/____