

1. RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Sexe : F M

No. Téléphone : (____) _____ Date de naissance (J/M/A) : ____/____/____

Assurance maladie : _____ Exp. : ____/____

Courriel du patient : _____

2. CONDITION MÉDICALE

1. Services requis : Évaluation en douleur Procédure Évaluation cannabis médical
Autre _____

2. Raisons de la référence : Anxiété Insomnie Migraine Trouble de l'humeur
Douleur dorsale Douleur cervicale Neuropathie SDRC Douleur généralisée
Radiculopathie Douleur pelvienne ou abdominale Douleur musculosquelettique
Fibromyalgie Arthrite /Arthrose Autre _____

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 Douleurs 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 : (____) _____

3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN Je confirme avoir informé mon patient que Nature Médic est une clinique privée.

Nom (Lettres moulées SVP) : _____ # License _____

Lieu de pratique : _____ Date (J/M/A) : ____/____/____

Signature : _____

Faxer au : (819) 769-1709

*** S.V.P. Joindre copie d'imagerie et notes de consultations pertinentes.

1. PATIENT DETAILS

Patient name: _____ Sex: F M
 Phone No.: (_____) _____ Date of birth (DD/MM/YYYY): ____/____/____
 Health Insurance: _____ Exp: ____/____
 Email address: _____

2. MEDICAL CONDITION

1. Required Services: Pain Assessment Procedure Medical Cannabis Assessment
 Other _____

2. Reasons for reference: Anxiety Insomnia Migraines Mood disorder
 Back pain Neck pain Neuropathy SDRC Generalized pain
 Radiculopathy Pelvic or abdominal pain Musculo-skeletal pain
 Fibromyalgia Arthritis /Osteoarthritis Other _____

3. Is the problem related to: Road accident Work accident Assault Disability application

4. Medical History: Stroke COPD Diabetes SAS Mental Illness Substance Abuse

5. Surgery/Trauma: Operation for Pain Post-Operative Pain

6. Previous treatments: Medication Infiltration Complementary Medicine Physiotherapy

7. Medication: Anticoagulant/Antiplatelet Opioids Benzodiazepines Medical Cannabis
 Anticonvulsants Antidepressants Other _____

8. Situation: Work Unemployment Disability Retirement Other _____

Attached appendices: No Yes If yes, specify: _____

Do you want a copy of the consultations: No Yes If yes, No. Fax: (_____) _____

3. PHYSICIAN IDENTIFICATION *I confirm having informed my patient of the private status of Nature Médic.*

Name (CAPS letters, please): _____ License # _____
 Place of practice: _____ Date (DD/MM/YYYY): ____/____/____
 Signature : _____ **Faxer au : (819) 769-1709***

*****Please attach copy of imagery and relevant consultation notes.**