

## 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  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  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.**