



## FORMULAIRE D'ÉVALUATION DU PATIENT RELATIVE À L'UTILISATION DE CANNABIS MÉDICAL

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille :

Prénom :

Sexe : Masculin  Féminin  Autre

Date de naissance : (J/M/A)

Courriel :

Téléphone :

Répondant : Oui  Non

Adresse :

Appartement :

Ville :

Province :

Code postal :

Nom du médecin soignant (le cas échéant) :

### RAISON(S) DE LA DEMANDE

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété                                | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque                   | <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif     |
| <input type="checkbox"/> Trouble de déficit de l'attention      | <input type="checkbox"/> Hernie discale                      | <input type="checkbox"/> Arthrose                           |
| <input type="checkbox"/> Mal de dos                             | <input type="checkbox"/> Douleurs liées au SIDA              | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson               |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire                      | <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire de l'intestin | <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique |
| <input type="checkbox"/> Lésion cérébrale (post-commotionnelle) | <input type="checkbox"/> Insomnie                            | <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde                |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête chroniques                | <input type="checkbox"/> Migraines                           | <input type="checkbox"/> Sciatique                          |
| <input type="checkbox"/> Dépression                             | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques                 | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil                |
| <input type="checkbox"/> Endométriose                           | <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques      | <input type="checkbox"/> Glaucome                           |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions                  | <input type="checkbox"/> Douleur myofasciale                 |   |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie                           | <input type="checkbox"/> Neuropathie                         |   |

### INDIQUEZ CE QUI S'APPLIQUE À VOTRE SITUATION ACTUELLE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie instable                                   | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale (actuel ou antérieur)   |
| <input type="checkbox"/> Allaitement   | <input type="checkbox"/> Abus d'alcool ou de drogues (actuel ou antérieur) |
| <input type="checkbox"/> Présentement enceinte ou en processus d'avoir un enfant |  |

### AUTRE

---

---

---

Patient/soignant : J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques. Je reconnais avoir exprimé mon intérêt pour l'utilisation du cannabis médical comme option de traitement. Tous les renseignements fournis sont conservés en toute confidentialité. En soumettant le présent formulaire, je reconnais et je consens à ce que je puisse être contacté par Solution Cannabis Médical ou ses partenaires à des fins telles que, la collection de données, la présentation / ou offre de produits et/ou offres promotionnelles, le tout en respect avec la Loi canadienne anti-pourriel.

Signature du patient / soignant : \_\_\_\_\_ Date : (J/M/A) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_