



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

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom de famille :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin Autre

Date de naissance (J/M/A) : ____ / ____ / ____

Êtes-vous un vétéran des Forces armées canadiennes? Oui Non

Courriel :

Téléphone :

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"/> Fibromyalgie | <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"/> Sclérose en plaques |
| <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"/> Neuropathie |

INDIQUEZ CE QUI S'APPLIQUE À VOTRE SITUATION ACTUELLE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque (spécifier) | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale (actuel ou antérieur) |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (médicamentée ou non) | <input type="checkbox"/> Abus d'alcool ou de drogues (actuel ou antérieur) |
| <input type="checkbox"/> Enceinte / en processus d'avoir un enfant ou allaitement | <input type="checkbox"/> Prise d'anticoagulants (ex : coumadin, warfarine) |

AUTRE

Comment avez-vous entendu parler de Solution Cannabis Médical? Site web Cabinet du médecin 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 et / 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) : ____ / ____ / ____