

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom :	No de carte d'assurance-maladie :
Adresse postale :	Téléphone :
	Date de naissance (J/M/A) :
Est-il possible de laisser un message à ce numéro de téléphone pour fixer un rendez-vous? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Diagnostic et symptômes du patient :	
Liste des Rx (peut être joint séparément) :	
Médecin traitant :	No de permis :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Veuillez indiquer s'il y a historique ou présence de :	
<input type="checkbox"/> Troubles ou conditions hépatiques	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale ou épisodes psychotiques
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire active ou instable	<input type="checkbox"/> Usage de substances problématiques ou dépendance
<input type="checkbox"/> Hypertension non contrôlée	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
*Si oui, veuillez joindre les rapports pertinents	

**Un rendez-vous de consultation sera fixé dès que TOUS les renseignements demandés auront été reçus et étudiés.**

**Je souhaite être le médecin prescripteur pour le cannabis médical de ce patient : Oui  Non**

**\*Si oui : le document médical à signer vous sera envoyé suite à la consultation avec le patient.**

**\*Si non : votre patient sera référé à un de nos professionnels de la santé affiliés.**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
NOM

\_\_\_\_\_  
DATE (J/M/A)