

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom :	No de carte d'assurance-maladie :
Adresse postale :	Téléphone :
	Date de naissance (J/M/A) :
Diagnostic et symptômes du patient :	
Est-ce que des traitements thérapeutiques ont été essayés? Oui ☐ Non ☐	
Votre patient est-il actuellement couvert par : CNESST ☐ IVAC ☐ ACC (Anciens Combattants Canada / Vétérans) ☐	
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 l'un de nos médecins affiliés (frais supplémentaires applicables).	
Médecin traitant :	No de permis :
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Veuillez indiquer s'il y a historique ou présence de : ☐ Schizophrénie, psychose ou trouble bipolaire de type 1 ☐ Immunothérapie ☐ Anticoagulants ☐ Dysfonction rénale sévère ☐ Trouble hépatique sévère ☐ Haute pression non-contrôlée ☐ Maladie cardiovasculaire ☐ Trouble lié à l'usage de substances (alcool, drogues) *Si oui à un des éléments ci-dessus, veuillez joindre les notes de consultation et/ou les rapports médicaux pertinents.	

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

_____/_____/_____
SIGNATURE NOM DATE (J/M/A)