



# Clinique Cura Cannabis

Clinique Médicale de Cannabis

Montréal, Québec

Tél: 514-819-9700

Fax: 514-819-3367

info@curacannabisclinique.com

www.curacannabisclinique.com

## Demande de consultation

Veillez transmettre par télécopieur ou courriel

## Referral for Consultation

Please send by fax or email

### Renseignements sur le patient / Patient Information

Prénom / First Name: \_\_\_\_\_

Nom de famille / Last Name: \_\_\_\_\_

Date de naissance / Date of Birth: \_\_\_\_\_

RAMQ / Health Insurance: \_\_\_\_\_

Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_

Courriel / Email: \_\_\_\_\_

### Information clinique / Clinical Information

Raison de la consultation / Reason for Consultation :

- Douleur Pain   
  Anxiété Anxiety   
  Sommeil Sleep   
  SP MS   
  Cancer Cancer   
  TSPT PTSD   
  Autre Other

Diagnostic primaire / Primary Diagnosis: \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire / Secondary Diagnosis: \_\_\_\_\_

Historique ou condition actuelle de santé mentale : \_\_\_\_\_  Aucun/None

Veillez indiquer si le patient a un historique de\* / Please indicate if there is a history of:\*

- Maladie cardiovasculaire active ou instable / Active or unstable cardiovascular disease  
 Hypertension non contrôlée / Uncontrolled hypertension  
 Trouble ou épisode(s) psychotique / Psychotic disorder or episode(s)  
 Usage de substances problématiques ou dépendance / Problematic substance use or dependence  
 Aucun / None

\*Doit inclure des informations cliniques supplémentaires si l'une de ces conditions est présente

\*Must include additional clinical information if any of these conditions are present

Information médicale supplémentaire / Additional medical information: \_\_\_\_\_

Traitements pharmaceutiques qui ont été essayés / Pharmaceutical treatments that have been tried:

Premier traitement / 1st line treatment: \_\_\_\_\_

Deuxième traitement / 2nd line treatment: \_\_\_\_\_

Troisième traitement / 3rd line treatment: \_\_\_\_\_

\*\* S.V.P joindre une liste des autres médicaments avec cette référence / Please attach a list of all other medications with this referral

Autre(s) traitement(s) essayé(s) non pharmaceutique (ex.physio,psychiatrie,etc.):  
Other treatment(s) non pharmaceutical tried (eg.physio.psvchiatr. ect.) \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le professionnel de la santé / Healthcare Professional Information

Nom / Name: \_\_\_\_\_ No. de permis / License no.: \_\_\_\_\_

Adresse / Address: \_\_\_\_\_

Ville / City: \_\_\_\_\_ Code postal/Postal code: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Timbre (si disponible) / Stamp (if available)