

2377, rue Principale Ouest

Local 120, Magog, J1X 0J4

T. (819) 201-6878

F. (819) 201-6881

C: info@douleurmedic.ca

1. RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Sexe : F M

No. Téléphone : (_____) _____ Date de naissance (J/M/A) : ____/____/____

* **OBLIGATOIRE** : Courriel du patient : _____

2. CONDITION MÉDICALE

1. **Services requis** : Évaluation en douleur Évaluation cannabis médical

Autre _____

2. **Raisons de la référence** : Anxiété Insomnie Migraine Trouble de l'humeur
Douleur dorsale Douleur cervicale Neuropathie SDRC Douleur généralisée
Radiculopathie Douleur pelvienne ou abdominale Douleur musculosquelettique
Fibromyalgie Arthrite /Arthrose Autre _____

3. **Le problème est-il relié à** : Accident de la route Accident de travail Agression Demande d'invalidité

4. **Historique médical**: AVC MPOC Diabète SAS Maladie mentale Abus de substance

5. **Chirurgie/trauma** : Opération pour la douleur Douleurs post-opératoire

6. **Traitements antérieurs** : Médicaments infiltrations Médecine complémentaire Physiothérapie

7. **Médication** : Anticoagulant/antiplaquettaire Opioïdes Benzodiazépines Cannabis Médical
Anticonvulsifs Antidépresseurs Autre _____

8. **Situation** : Travail Chômage Invalidité Retraite Autre _____

Annexes jointes : non oui Si oui, spécifiez : _____

Voulez-vous une copie des consultations : non oui Si oui, no. de fax : (_____) _____

3. **IDENTIFICATION DU MÉDECIN** *Le patient est informé que Douleur Médic est une clinique privée.*

Nom (Lettres moulées SVP) : _____ # License _____

Lieu de pratique : _____ Date (J/M/A) : ____/____/____

Signature : _____

Faxer au : (819) 201-6881

*** S.V.P. Joindre copie d'imagerie et notes de consultations pertinentes.