

2377 Rue Principale Ouest
Local 120, Magog, J1X 0J4
T. (819) 201-6878 F. (819) 201-6881

Courriel : info@douleurmedic.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Date de naissance (J/M/) : _____

No. Téléphone : _____ Assurance maladie/exp. : _____

* **OBLIGATOIRE** Courriel du patient : _____

TRAITEMENTS REQUIS & AUTRES SERVICES

TRAITEMENTS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Injection de stéroïdes par épidurale | <input type="checkbox"/> Infiltration de la hanche | <input type="checkbox"/> Bloc nerveux périphérique |
| <input type="checkbox"/> Injection de botox | <input type="checkbox"/> Infiltration sacro-iliaque | <input type="checkbox"/> Bloc facettaire |
| <input type="checkbox"/> Prolothérapie | <input type="checkbox"/> Infiltration de points gâchettes | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |

Niveau : _____ Côté : _____

AUTRES SERVICES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infusion : Lidocaïne – Kétamine - Magnésium | <input type="checkbox"/> Réduction des méfaits / sevrage de narcotiques |
| <input type="checkbox"/> Évaluation indépendante/ Expertise en douleur chronique | <input type="checkbox"/> Cannabis médical |

Commentaires : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Je confirme avoir informé mon patient que **Douleur Médic** est une clinique privée.

Nom (Lettres moulées SVP) : _____

License : _____

Lieu de pratique : _____

Signature : _____

Date (A/M/J) : _____

FAXER AU 819-201-688