



FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE ET D'ADMISSION

Informations personnelles

Prénom*: _____

Nom de famille: _____

Date de naissance (m/j/a)*: _____

Numéro de carte assurance maladie: _____

Adresse courriel*: _____

Adresse postale*: _____

Ville*: _____ Province*: _____

Code postal: _____

Comment subvenez-vous à vos besoins financièrement?

Avez-vous besoin d'une assistance à domicile?

Yes

No

Informations médicales

1. Avez-vous reçu un diagnostic d'un médecin ou d'un infirmier praticien ou avez-vous remarqué des symptômes médicaux? (Cochez toutes les réponses applicables):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Dépression majeure | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> SII | <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Arthrite ulcéreuse | <input type="checkbox"/> MPOC |
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Ménopause |
| <input type="checkbox"/> Névralgie du trijumeau | <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire | <input type="checkbox"/> Spasmes musculaires |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Schizophrénie |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'anxiété sociale | <input type="checkbox"/> Dysthymie | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos | |
| <input type="checkbox"/> Trouble d'âge généralisé | <input type="checkbox"/> Discopathie dégénérative du cou et de la colonne vertébrale | |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | | |
| <input type="checkbox"/> Cancer (S'il vous plaît, spécifiez): | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (S'il vous plaît, spécifiez): | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre: | _____ | |

2. Avez-vous eu des chirurgies? Yes No

Si oui, expliquez: _____



PharmaCann

C L I N I C

Experts in cannabis prescription
Les experts en prescription de cannabis

- 3. Quels médicaments prenez-vous pour votre diagnostic? Des opiacés vous sont-ils prescrits pour votre diagnostique actuel?** (S'il vous plaît, joignez une liste si vous manquez de place): _____

- 4. Souffrez-vous d'effets secondaires liés à vos médicaments?** S'il vous plaît, énumérez-les : _____

- 5. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie mentale (Y compris tentative de suicide et/ou idées suicidaires)?** Oui Non
- 6. Suivez-vous actuellement un programme de méthadone ou de suboxone pour la dépendance aux opioïdes?** (Cela n'aura pas d'impact négatif sur votre candidature) Oui Non
Si oui: Dose? _____
- 7. Prenez-vous actuellement du Nabilone ou du Cesamet?** (THC synthétique)
 Oui Non
- 8. Fumez-vous du tabac?** Oui Non
Si vous avez arrêté, depuis combien de temps? _____
- 9. Buvez-vous de l'alcool?** Oui Non
Si oui, combien de verres par semaine? _____
- 10. Faites-vous de l'exercice?** Oui Non
Si oui, combien de minutes par semaine? _____
- 11. Êtes-vous enceinte?** Oui Non
Allaitez-vous présentement? Oui Non
- 12. Diriez-vous que vous êtes très fonctionnel pendant la journée? Vous êtes capable de vous habiller, de vous nourrir, vous pouvez prendre les transports en commun ou conduire, vous pouvez monter un escalier, marcher plus d'un pâté de maison sans aucune difficulté. Vous êtes capable de gérer vos finances.**
 Oui Non



Évaluation de la douleur chronique

Si vous ne souffrez pas de douleur chronique, allez à la prochaine section.

- 1. Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (sévère), évaluez votre douleur à son pire pendant le dernier 24 hrs :**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2. Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (sévère), évaluez votre douleur à son plus faible pendant le dernier 24 hrs :**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3. Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (sévère), évaluez votre douleur en moyenne :**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4. Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (sévère), évaluez votre douleur aujourd'hui :**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 5. Au cours des dernières 24 hrs, évaluez le pourcentage de soulagement que vous avez obtenu grâce à vos médicaments et/ou techniques actuelles de gestion de la douleur :**
10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
- 6. Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (sévère), évaluez à quel point votre douleur a interféré avec chaque sujet au cours des dernières 24 hrs :**
 - a. Humeur et joie de vivre :
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - b. Mobilité et activité générale :
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - c. Travail, rémunéré et non rémunéré (ex. travaux ménagers) :
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - d. Sommeil :
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Informations additionnelles

- 1. Avez-vous déjà utilisé du cannabis?** Oui Non
 - 2. Utilisez-vous du cannabis présentement?** Oui Non
Si oui, quelle quantité par jour? _____
 - 3. Si vous utilisez du cannabis, votre médecin est-il au courant?**
 Oui Non
 - 4. Quelle a été sa réaction lorsque vous l'en avez informé?** _____
-
- 5. Comment comptez-vous consommer du cannabis?**
 Fumée Vapoter Ingestion (comestibles)



6. **Avez-vous fait des recherches sur la consommation de cannabis sur votre lieu de travail?** Oui Non
7. **Êtes-vous au courant de la politique sur la consommation de cannabis de leurs employés?** Oui Non
8. **Avez-vous déjà été accusé de trafic de drogue?** Oui Non
Affaires pendantes? Oui Non

S'il vous plaît, veuillez fournir toute information supplémentaire qui pourrait être pertinente pour votre candidature au cannabis médical : _____

Veuillez joindre tous les antécédents médicaux pertinents, les analyses/imageries et les consultations d'autres médecins ou spécialistes.

Déclaration / Divulgation d'informations

Je, _____, déclare par la présente que les informations médicales ci-dessus sont véridiques au meilleur de mes connaissances et de mes convictions. De plus, j'accepte d'autoriser la communication de tout dossier médical au médecin ou praticien prescripteur au nom de la clinique de télémédecine PharmaCann Clinic afin de vérifier mon état de santé.

Signature du patient : _____ Date : _____