

Faire référence à: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

### INFORMATIONS DU PATIENT

Nom au patient: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ JJ/DD/AAAA

Adresse du domicile: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Numéro de carte d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Adresse courriel (E-mail): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ JJ/DD/AAAA

Est-il un ancien combattant?  Oui  Non Sexe: \_\_\_\_\_

Raison pour la consultation:  Cancer  Anxiété  Troubles Du Sommeil  Dépression  Douleur  Fibromyalgie  SSPT  Autre

Conditions médicales confirmées (veuillez fournir une copie des dossiers médicaux, y compris des notes de consultation + plans traitements antérieurs et une liste des médicaments au patient).

- Historique du trouble bipolaire
- Historique de la schizophrénie
- Historique de la psychose

### PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ - BUREAU RÉFÉRENT

\_\_\_\_\_  
Nom du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Numéro de facturation - si nécessaire

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Numéro de fax

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel électronique