



1. Quel est le but de votre demande ? Choisissez un élément.
2. Type de demande ? Choisissez un élément.
3. Identification : RAMQ (Photo)  Permis de conduire (Photo)  Autre (Photo)  \_\_\_\_\_
4. Quantité quotidienne (g/jour) avez-vous besoin ? \_\_\_\_\_
5. Prénom : \_\_\_\_\_
6. Nom : \_\_\_\_\_
7. Courriel : \_\_\_\_\_
8. # Téléphone : \_\_\_\_\_
9. Adresse complète : \_\_\_\_\_
10. Avez-vous des antécédents criminels ? OUI  NON   
Si oui, est-ce en lien avec la drogue ? OUI  NON
11. Informations médicales :
  - # RAMQ : \_\_\_\_\_
  - Date de naissance : \_\_\_\_\_
  - Taille : \_\_\_\_\_
  - Poids : \_\_\_\_\_
  - Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_
  - Conditions médicales : \_\_\_\_\_
  - Chirurgies antérieures : \_\_\_\_\_
  - Allergies aux médicaments : \_\_\_\_\_
  - Liste des médicaments :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Fumez-vous ? \_\_\_\_\_
  - Prenez-vous de l'alcool ? \_\_\_\_\_
  - Prenez-vous des drogues, si oui lesquelles :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Avez-vous des douleurs chroniques ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous de l'anxiété ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous de l'insomnie ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous des spasmes musculaires ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous des nausées et vomissements ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous des maux de tête ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous un état dépressif ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous une perte d'appétit ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous un diagnostic de TDAH ? \_\_\_\_\_
  - Avez-vous un diagnostic de bipolarité ? \_\_\_\_\_

**12. Avez-vous besoin d'une consultation avec un praticant (Des frais supplémentaires seront exigés) ?**

**OUI  NON**

**13. Est-ce que vous désirez avoir accès à un praticien à tout moment pour un suivi ? (Des frais supplémentaires seront exigés)**

**OUI  NON**

**14. Reconnaissance des règles et règlements de Santé Canada**

**La présente atteste que je, soussigné(e) [Nom et Prénom], reconnais avoir pris connaissance et compris l'ensemble des règles et règlements émis par Santé Canada en matière de santé.**

**SIGNATURE : \_\_\_\_\_**