



RÉFÉRENCE PATIENT

Thérapie par SMTr

État(s) pathologique(s) _____

Nom/prénom du patient _____
Adresse _____
Ville _____ Prov _____
Code postal _____ Tél. () _____
DDN <u>YYYY/MM/DD</u> Sexe _____
RAMQ _____ Exp _____

Nom du médecin _____
Clinique _____
Adresse _____
Ville _____ Prov _____
Code postal _____ Tél. () _____
License _____ Fax. () _____

INFORMATIONS PRÉALABLES SUR LE PATIENT

(Pour éviter les délais, veuillez vous assurer de répondre à toutes les questions suivantes avec le patient.)

OUI NON

- 1. Le patient a-t-il déjà été broyeur, travailleur du métal ou soudeur ?
- 2. Le patient a-t-il déjà eu un corps étranger métallique intraoculaire ?
 Si oui, veuillez nous fournir une radiographie de l'orbite avant votre rendez-vous.
- 3. La patiente pourrait-elle être enceinte? Mentionnez ici la date de ses dernières menstruations. _____.
- 4. Le patient porte-t-il l'un ou l'autre des appareils suivants :
 - Stimulateur cardiaque
 - Pince d'anévrisme
 - Neurostimulateur
 - Implant cochléaire
 - Autre implant ou objet métallique intracorporel
- 5. Le patient ou l'un de ses proches parents souffre-t-il d'épilepsie ?
- 6. Le patient souffre-t-il de sérieux problèmes cardiaques ?
- 7. A-t-il déjà eu des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?
- 8. Le patient a-t-il déjà fait une tentative de suicide ou est-il actuellement suicidaire ?
 Si oui, veuillez nous indiquer la date de l'incident et nous fournir toute information disponible.
- 9. Le patient a-t-il un dossier criminel ?
- 10. Le patient souffre-t-il d'une maladie contagieuse ?
- 11. Le patient souffre-t-il d'un trouble de la personnalité ?
- 12. La personne a-t-elle déjà fait un IRM ?

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES: _____

MÉDICATION/DOSAGE: tricycliques Bupropion _____

ALLERGIES: _____

Signature du Médecin: _____ **Lic. #** _____ **Date:** _____