

Centre MindCare de Montréal
2100, rue Marlowe, bureau 350
Montréal, (Québec)
H4A 3L5

Tél: (514) 481-RTMS (7867)
Télé: (514) 933-6318
Sans frais: 1 866 331-3431
Site Web: www.mindcarecentres.com

Healthy Minds. Better Lives.



MINDCARE
CENTRES

- Diagnostic psychiatrique
- Thérapie par SMTr
- État(s) pathologique(s) _____

Nom du patient _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____
Code postal _____ Pays _____
Tél. () _____
DDN ? _____ Sexe _____
YYYY/MM/DD

Nom du médecin _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____
Code postal _____ Pays _____
Tél. () _____
Télé: () _____
Email _____

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 intra-oculaire ?
 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 idiopathique ?
- 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 ?

Si le patient a répondu OUI à l'une ou l'autre de ces questions, le bureau de son médecin devrait communiquer avec le centre MindCare avant de nous soumettre toute demande de consultation.

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES _____ _____ _____ _____
MÉDICATION/DOSAGE <input type="checkbox"/> Tricycliques <input type="checkbox"/> Bupropion _____ _____
ALLERGIES _____
Signature _____ Date _____