

VEUILLEZ CHOISIR LA CLINIQUE

<input type="checkbox"/> BRAXIA MISSISSAUGA 1100 Dundas St. W., Unit #6 TEL: 416-430-9619 FAX: 1-877-919-0861	<input type="checkbox"/> BRAXIA OTTAWA 1081 Carling Ave., Suite 204 TEL: 416-430-9619 FAX: 1-877-919-0861	<input type="checkbox"/> BRAXIA MONTRÉAL 1140, Avenue Beaumont, TEL: 514-481-7867 FAX: 1-877-919-0861	<input type="checkbox"/> BRAXIA KITCHENER 4278 King St. E. TEL: 416-430-9619 FAX: 1-877-919-0861
--	--	--	---

PATIENT
MÉDECIN RÉFÉRENT

Prénom*		Nom de famille *		Prénom *		Nom de famille *		
Adresse				Adresse				
Adresse 2				Adresse 2				
Ville		Province	Code postale		Ville		Province	Code postale
Téléphone*		Courriel*		# permis*	Téléphone *		Télécopieur	
DDN : (DD/MM/YY) *		RAMQ *		Spécialité *		Courriel		
Genre <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> AUTRE				<input type="checkbox"/> GÉNÉRALISTE <input type="checkbox"/> PSYCHIATRE				

Raison de la référence: Vous aimeriez que votre patient soit pris en considération pour (cochez toute les cases qui s'appliquent):
 kétamine SMTr psilocybine

Diagnostic primaire du patient *
 Trouble dépressif majeure Bipolaire SSPT TOC Trouble de personnalité
 Autre :

Daignostique secondaire du patient *
 Trouble dépressif majeure Bipolaire Post Traumatic Stress Disorder TOC Trouble de personnalité
 Trouble de l'anxiété sociale Trouble de l'anxiété généralisé TDAH
 Aucun Autre :

Veillez décrire les symptômes actuels du patient ***Veillez indiquer toute autre maladie actuelle.**

Veillez énumérer TOUS les médicaments que le patient prend actuellement et leur dosage. *

Veillez sélectionner les médicaments que le patient a essayé dans le passé.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agomelatine | <input type="checkbox"/> Cytomel (T3) | <input type="checkbox"/> Levomilnacipran | <input type="checkbox"/> Oral Ketamine | <input type="checkbox"/> Suboxone |
| <input type="checkbox"/> Amitriptyline | <input type="checkbox"/> Desipramine | <input type="checkbox"/> Lithium | <input type="checkbox"/> Paliperidone | <input type="checkbox"/> Tranylcypromine |
| <input type="checkbox"/> Aripiprazole | <input type="checkbox"/> Desvenlafaxine | <input type="checkbox"/> Lurasidone | <input type="checkbox"/> Paroxetine | <input type="checkbox"/> Trazodone |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepines | <input type="checkbox"/> Divalproex | <input type="checkbox"/> Mianserin | <input type="checkbox"/> Phenelzine | <input type="checkbox"/> Triiodothyronine |
| <input type="checkbox"/> Brexpiprazole | <input type="checkbox"/> Duloxetine | <input type="checkbox"/> Milnacipran | <input type="checkbox"/> Pregabalin | <input type="checkbox"/> Venlafaxine |
| <input type="checkbox"/> Bupropion | <input type="checkbox"/> Escitalopram | <input type="checkbox"/> Mirtazapine | <input type="checkbox"/> Quetiapine | <input type="checkbox"/> Vilazodone |
| <input type="checkbox"/> Buspar | <input type="checkbox"/> Fluoxetine | <input type="checkbox"/> Modafinil | <input type="checkbox"/> Reboxetine | <input type="checkbox"/> Vortioxetine |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Fluvoxamine | <input type="checkbox"/> Monoclobemide | <input type="checkbox"/> Risperidone | <input type="checkbox"/> Vyvanse |
| <input type="checkbox"/> Carbamazepine | <input type="checkbox"/> Gabapentin | <input type="checkbox"/> Nasal Esketamine | <input type="checkbox"/> Selegiline transdermal | <input type="checkbox"/> Ziprasidone |
| <input type="checkbox"/> Caripiprazine | <input type="checkbox"/> IV Ketamine | <input type="checkbox"/> Nortriptyline | <input type="checkbox"/> Sertraline | |
| <input type="checkbox"/> Citalopram | <input type="checkbox"/> Lamotrigine | <input type="checkbox"/> Olanzapine | <input type="checkbox"/> Stimulants (e.g. methylphenidate, lisdexamfetamine, etc) | |

Votre patient a-t-il déjà subi une thérapie électroconvulsive (ECT) ? *

- Oui Non

Votre patient a-t-il déjà fait de la stimulation magnétique transcrânienne (SMT) ? *

- Oui Non

Votre patient s'est-il déjà vu prescrire de la kétamine ou de l'esketamine par un professionnel de la santé pour un trouble mental (par exemple, un trouble dépressif majeur) ? *

- Oui Non

Votre patient a-t-il des antécédents actuels ou passés de troubles liés à la consommation d'alcool ou de toxicomanie ? *

- Oui Non

Ce patient a-t-il été vu par un psychiatre du MDPU/UHN/TWH au cours de l'année écoulée qui a recommandé la kétamine (par exemple, le Dr Rosenblat ou le Dr McIntyre) ? Veuillez envoyer des notes le cas échéant *

- Oui Non Autre

Le patient reçoit-il des soins continus de la part d'un psychiatre ? *

- Oui Non Médecin référant est un psychiatre

VEUILLEZ ENVOYER TOUS RÉSUMÉS CLINIQUES, TESTS DE LABORATOIRE ET RÉSULTATS D'EXAMENS PHYSIQUES PERTINENTS.

Je confirme que je suis le médecin traitant du patient et que je participerai aux soins de ce patient, en fournissant des soins psychiatriques continus avant et après le traitement du patient au CRTCE. Le CRTCE surveillera l'état psychiatrique du patient pendant le traitement et me consultera, en tant que médecin référent, si cela est jugé nécessaire. J'examinerai les notes et les recommandations envoyées par le CRTCE pour ce patient. Je comprends que le CRTCE n'est pas en mesure de fournir des soins psychiatriques continus.

Documents complémentaires joints

Signature du médecin référant

Date