



CICM
CONSULTANT EN CANNABIS MÉDICAL

CICM – Consultant en Cannabis Médical
2750, chemin Ste-Foy, suite 207
Québec G1V 1V6
Tél. : 418 659.4000 / Téléc. : 1 855 658.4605

FORMULAIRE DE DEMANDE (PREMIÈRE PARTIE)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
NOM DE FAMILLE:		PRÉNOM:	
TÉLÉPHONE À DOMICILE:		CELLULAIRE:	MEILLEUR MOMENT POUR VOUS JOINDRE?
COURRIEL:		VOUS PRÉFÉREZ ÊTRE CONTACTÉ DE QUELLE FAÇON?	
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:		TÉLÉPHONE:	LIEN:
N° D'ASSURANCE MALADIE (code source et expiration):		DATE DE NAISSANCE (J/M/A):	ÂGE ACTUEL: SEXE: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
SI VOUS ÊTES UNE FEMME, ÊTES-VOUS ENCEINTE OU ALLAITEZ-VOUS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
ADRESSE RÉSIDENTIELLE:		NUMÉRO D'APPARTEMENT (si applicable):	
VILLE:	PROVINCE:	CODE POSTAL:	
ADRESSE POSTALE (où la correspondance sera envoyée) *** À COMPLÉTER SI CELLE-CI DIFFÈRE DE L'ADRESSE RÉSIDENTIELLE***			
ADRESSE POSTALE:		NUMÉRO D'APPARTEMENT (si applicable):	
VILLE:	PROVINCE:	CODE POSTAL:	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS		
ALLERGIES CONNUES À UN MÉDICAMENT:		RÉACTION:
ÊTES-VOUS COUVERT PAR UN RÉGIME D'ASSURANCES PRIVÉES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
FOURNISSEUR (ASSUREUR):		N° DE POLICE:
AVEZ-VOUS UN MÉDECIN DE FAMILLE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		SI NON, PASSEZ À L'ÉTAPE SUIVANTE
MÉDECIN TRAITANT, DATE ET RAISON DE LA DERNIÈRE VISITE:		TÉLÉPHONE:
ADRESSE PROFESSIONNELLE DU PRATICIEN EN SOINS DE SANTÉ: (*Optionel)		NUMÉRO D'UNITÉ (si applicable):
VILLE:	PROVINCE:	CODE POSTAL:
MÉDECIN SPÉCIALISTE, DATE ET RAISON DE LA DERNIÈRE VISITE:		TÉLÉPHONE:
MÉDECIN SPÉCIALISTE, DATE ET RAISON DE LA DERNIÈRE VISITE:		TÉLÉPHONE:
Est-ce que vous autorisez C.I.C.M. inc. à informer votre médecin traitant ou spécialiste (s'il y a lieu) de l'évolution de votre thérapie à base de cannabinoïdes? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		



CICM
CONSULTANT EN CANNABIS MÉDICAL

CICM – Consultant en Cannabis Médical

2750, chemin Ste-Foy, suite 207

Québec G1V 1V6

Tél. : 418 659.4000 / Téléc. : 1 855 658.4605

FORMULAIRE DE DEMANDE (PREMIÈRE PARTIE)

INDIVIDU RESPONSABLE DU REQUÉRANT (*À compléter par l'individu responsable du requérant, si applicable)

NOM DE FAMILLE:		PRÉNOM:
TÉLÉPHONE RÉSIDENTIEL:	CELLULAIRE:	COURRIEL:
DATE DE NAISSANCE (J/M/A):		SEXE: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Je, _____, atteste être responsable de _____.		
Nom de la personne responsable		Nom du requérant
SIGNATURE de la personne responsable:		DATE (J/M/A):

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE C.I.C.M. inc.? SITE WEB CABINET DU MÉDECIN AUTRE

Autorisez-vous C.I.C.M. inc. à vous envoyer des mises à jour et des annonces d'événements par courriel? OUI NON

Je reconnais que C.I.C.M. inc. ne peut remplacer mon médecin de famille.

INITIALES

NOTES ADDITIONNELLES



FORMULAIRE DE DEMANDE (DEUXIÈME PARTIE)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET SYMPTÔMES

1. Quelle est la principale raison pour laquelle vous désirez obtenir une prescription pour du cannabis médical?



Voici des symptômes pouvant être associés à votre condition. Cochez les cases qui s'appliquent à votre situation par degré de sévérité Degré 1 = pas sévère Degré 5 = très sévère	- Douleur	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Dépression	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Diarrhées	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	- Spasmes musculaires	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Problèmes de sommeil	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Constipation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	- Baisse de la mobilité	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Problèmes visuels	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Effets secondaires de la médication	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	- Maux de tête	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Perte de poids	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Autre	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	- Crises d'épilepsie	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Baisse de l'appétit	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		
	- Mouvements involontaires	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Nausées / vomissements	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		
	- Anxiété	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	- Faible énergie	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		

Quels sont vos objectifs de traitement? (Veuillez tout ce qui s'applique)

- Améliorer le fonctionnement quotidien
 Améliorer l'humeur
 Améliorer la qualité du sommeil
 Améliorer la qualité de vie
 Atténuer la douleur
 Ouvrir l'appétit
 Autre: _____

Problèmes de santé antérieurs et actuels:

Antécédents médicaux familiaux:
(maladies touchant les parents, frères et sœurs)

2. Veuillez énumérer et évaluer l'efficacité de tous les traitements antérieurs et actuels.

Traitements actuels	Efficace?	Traitements antérieurs	Efficace?
1)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	1)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	2)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	3)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

3. Veuillez énumérer tous vos médicaments sur ordonnance et en vente libre. Merci d'indiquer la posologie.

4. Veuillez préciser toute contrainte physique et fournir un exemple de la façon dont cela affecte votre vie courante et votre habilité à travailler.

5. Veuillez mentionner toutes chirurgies antérieures :



FORMULAIRE DE DEMANDE (TROISIÈME PARTIE)

ANTÉCÉDENTS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

6. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de troubles mentaux? OUI NON
 Est-ce qu'un membre de votre famille proche a déjà reçu un tel diagnostic? OUI NON
 Si OUI, veuillez cocher la (les) case(s) qui s'applique(nt) à votre condition: schizophrénie psychose trouble bipolaire
 dépression OU autre _____
7. Suivez-vous actuellement un traitement pour cette condition? OUI NON

ANTÉCÉDENTS SOCIAUX

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| 8. Décrivez votre consommation d'alcool
Décrivez votre consommation de tabac | _____ x/jour
_____ x/jour | _____ x/semaine
_____ x/semaine | <input type="checkbox"/> À L'OCCASION
<input type="checkbox"/> À L'OCCASION |
| 9. Consommez-vous des drogues illicites? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Avez-vous déjà reçu un diagnostic de dépendance à une drogue, prescrite ou pas? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| Si OUI, quel type de programme avez-vous recherché? (veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> toutes les cases qui s'appliquent) | | | |
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Consultation individuelle ou de groupe | | <input type="checkbox"/> Cure de désintoxication fermée |
| <input type="checkbox"/> Cure de désintoxication fermée | <input type="checkbox"/> Cure de désintoxication de jour | | |

USAGE PERSONNEL DE CANNABIS

10. Consommez-vous du cannabis actuellement ? OUI NON SI NON, VEUILLEZ PASSER À LA CASE 14 CI-DESSOUS.
11. Combien de grammes consommez-vous par jour? Soyez précis :
12. Quelle est la méthode de consommation la plus efficace pour traiter les symptômes? (fumer, vaporisation, huiles sublinguales, aliments, crèmes topiques, teintures)
13. De quelle façon consommez-vous habituellement votre cannabis? Décrivez votre routine quotidienne (exemple: vaporisation de 1 gramme durant la journée et 0,50 ml d'huile de cannabis au coucher)
14. Avez-vous déjà été légalement autorisé à utiliser du cannabis? OUI NON
 Si oui, combien de grammes / jour étiez-vous autorisé à utiliser et depuis combien de temps? _____
 Est-ce que le cannabis est le produit le plus efficace pour le soulagement de vos symptômes? OUI NON
15. Avez-vous déjà reçu une prescription de cannabis synthétique? OUI NON
16. Avez-vous souffert d'un effet secondaire résultant de l'utilisation du cannabis? OUI NON
 Si OUI, veuillez préciser :
17. Vous sentiriez-vous à risque de consommer du cannabis en dehors de votre présent traitement médical? OUI NON
18. Pourquoi le cannabis est-il un traitement médical approprié selon vous?
- Aimeriez-vous participer à de futures études de recherche? OUI NON

SIGNATURE

NOM COMPLET

_____/_____/_____
DATE (J / M / A)



Questionnaire santé du patient - QSP-9

Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants? (choisissez le chiffre le plus approprié pour chacun d'eux)		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire quelque chose	0	1	2	3
2	Sentiment de tristesse, de dépression ou de désespoir	0	1	2	3
3	Difficultés à s'endormir, à rester éveillé ou sommeil excessif	0	1	2	3
4	Sentiment de fatigue ou manque d'énergie	0	1	2	3
5	Avoir peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6	Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul, ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu soi-même	0	1	2	3
7	Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8	Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9	Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

Note totale _____

Échelle de dépistage du trouble anxieux - GAD-7

Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants? (choisissez le chiffre le plus approprié pour chacun d'eux)		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2	Incapacité d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3	Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4	Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5	Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6	Devenir facilement contrarié ou irritable	0	1	2	3
7	Vivre dans la peur	0	1	2	3

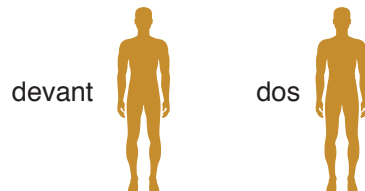
Note totale _____

INVENTAIRE ABRÉGÉ DE LA DOULEUR

1) Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (comme maux de tête, entorses et rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs «familières» aujourd'hui?

1. Oui 2. Non

2) Indiquer sur le schéma où se trouve votre douleur en entourant la zone.



3) Veuillez évaluer votre douleur en entourant le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous ayez ressentie dans les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Veuillez évaluer votre douleur en entourant le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous ayez ressentie dans les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) Veuillez évaluer votre douleur en entourant le chiffre qui décrit le mieux la douleur en général que vous ayez ressentie dans les dernières 24 heures.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) Veuillez évaluer votre douleur en entourant le chiffre qui décrit le mieux la douleur ressentie en ce moment.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7) Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur?

8) Dans les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté? Veuillez s'il vous plaît indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

9) Entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours des 24 dernières heures, la douleur a gêné votre :

A. Activité générale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B. Humeur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C. Capacité à marcher

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D. Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E. Relations avec les autres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. Sommeil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

G. Goût de la vie

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

H. Capacité de concentration

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I. Appétit

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Remarque : Peut être reproduit à des fins de pratique clinique. Comme indiqué dans McCaffery M, Pasero C: Pain: Clinical manual, p. 61, 1999, Mosby, Inc. From Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison. La documentation est fournie par North Dakota Health Care Review, Inc., Minot, ND, 701-852-4231, en vertu du contrat 500-99-ND03 avec Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Le contenu présenté ne reflète pas nécessairement la politique de CMS. Août 2001



VERSION ADULTE

Ces questions se rapportent aux 12 derniers mois

	Oui	Non
1. Avez-vous consommé des drogues autres que celles requises à des fins médicales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous consommé des médicaments d'ordonnance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consommez-vous plus d'une drogue à la fois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pouvez-vous passer une semaine sans consommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous capable de cesser de consommer quand vous voulez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà subi des trous de mémoire ou des hallucinations liés à l'utilisation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir coupable ou mal de consommer de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que votre conjoint (ou parents) se plaint de votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce que la consommation de drogues a créé des problèmes entre vous et votre conjoint ou vos parents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous perdu des amis à cause de votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu des problèmes au travail ou à l'école à cause de votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous perdu votre emploi à cause de votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà participé à une bagarre alors que vous étiez sous l'influence de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous participé à des activités illégales afin d'obtenir de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous déjà été arrêté pour possession de drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous déjà ressenti des symptômes de sevrage (senti malade) lorsque vous avez cessé de consommer des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu des problèmes médicaux attribuables à votre consommation de drogues (ex: perte de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous déjà demandé de l'aide d'une personne concernant un problème de drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous participé à un programme de traitement lié directement à la consommation de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes

(Comprend des valeurs ponctuelles pour déterminer la note totale)

Cocher chaque case qui s'applique

	Femme	Homme
1. Antécédents familiaux d'abus de drogue:		
Alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3
Drogues illégales	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
2. Alcool Drogues illégales Médicaments d'ordonnance		
Alcool	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Drogues illégales	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Médicaments d'ordonnance	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
3. Âge (cocher la case si âgé de 16 à 45 ans)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. Antécédents d'abus sexuel à la préadolescence	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
5. Maladie mentale		
Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel-compulsif, maladie bipolaire, schizophrénie	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Dépression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Note Totale:

Degré de risque selon la note totale

Risque faible: 1-3
Risque modéré: 4-7
Haut risque: ≥ 8