



Questionnaire d'inscription confidentiel

Veuillez compléter ce questionnaire qui servira à l'ouverture de votre dossier.
Toutes les informations données demeureront confidentielles
Toutes ces informations sont requises par la loi sur la podiatrie du Québec

Nom (de fille) : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code Postal : _____
Téléphone Résidence : _____
Téléphone Travail : _____
Téléphone Cellulaire : _____
Courriel : _____

Jour Mois Année
Date de naissance : ____/____/____
Âge : ____
Sexe : Homme Femme
En cas d'urgence contacter : _____
Numéro de téléphone : _____
No d'ass. Maladie : _____
Si vous avez moins que 18 ans, inscrire le nom du parent ou tuteur : _____

RAISON DE LA VISITE

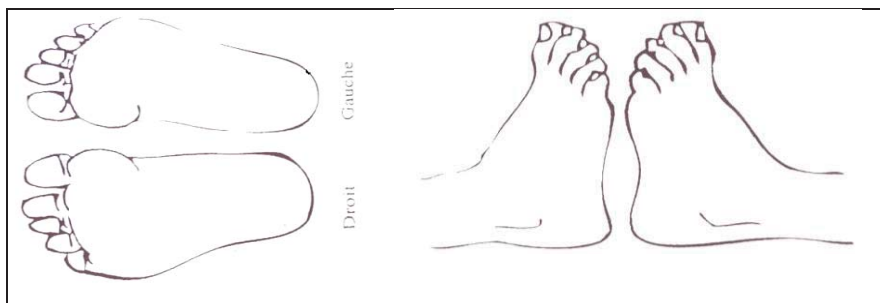
Motif de la consultation : _____

Description de la douleur (aigue, chronique, référée, etc) : _____

Depuis : ____ Jours ____ Mois ____ Ans

Fréquence de la douleur : Localisation :

- Au lever À la marche
 Au coucher Post activité
 Autre : _____



AUTRES

Mensuration : Taille _____ Poids _____ Pointure _____ Quelle est votre occupation ? _____

Avez-vous des assurances ? Oui Nom : _____ Non Je ne sais pas

Par qui avez-vous été référé (e) ?

- Internet (pages jaunes) Amis-famille Courrier Ahuntsic The Chronicle Laval News
 Internet (notre site) Pages jaunes Courrier Laval The Suburban Médecin _____

Avez-vous un médecin de famille ? Oui Non

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Êtes-vous présentement suivi par un médecin ? Oui Non Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

ANTÉCÉDENTS PODIATRQUES

Date de la dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Avez-vous déjà eu des traitements podiatrique tels que :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Orthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ongle incarné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrue plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cors/callosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur aux talons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEUILLEZ NOTER QUE LES SOINS ET TRAITEMENTS DES PODIATRES NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RÉGIE D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non		Oui	Non
1 Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des derniers 6 mois Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des anovulants (pilules anticonceptionnelle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des hormones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Êtes-vous enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 Êtes-vous atteint du sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 Êtes-vous séropositif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :			32 Autres pathologies présentes		
5 Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cœur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Problèmes sanguins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phlébite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémophilie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Système nerveux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Système vasculaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Saignements <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres, Spécifiez : _____			Polio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Sang clair <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			33 Fumez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tension artérielle (pression) : Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			34 Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants		
10 Ulcère d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Troubles digestifs : Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crustacé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Problèmes de foie (hépatite : Virus A, B, C, cirrhose, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Troubles de rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésie locale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Urinez-vous souvent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Infections transmissibles sexuellement (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 Consommez-vous des drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 Consommez-vous de l'alcool Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/>		
17 Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez _____		
19 Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
20 Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
21 Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
22 Maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 Avez-vous subi des blessures (fractures, entorses, etc) au cours de votre vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
24 Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

ACCORD ET POLITIQUE D'ANNULATION

Vous devez nous aviser au moins 24 heures à l'avance lorsque vous ne pouvez vous présenter à votre rendez-vous.
Rendez-vous manqués Frais de 45\$ sont facturés

Je déclare que les informations sur ce formulaire sont entièrement vraies et **complètes**. De plus, j'autorise mon podiatre à transmettre et divulguer mes informations médicales à mes assurances à des fins de remboursement et/ou mon médecin, si ma situation médicale l'exige. Par le fait même, j'accepte la politique d'annulation qui est présente à la clinique.

Signature patient ou responsable

Date d'inscription

S'il s'agit d'un patient mineur, SVP inscrire le nom du responsable : _____