



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

## 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) :** \_\_\_\_\_

Jour Mois Année

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Âge :** \_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_

**Sexe :** Homme  Femme

**Code Postal :** \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence**

**Téléphone Maison :** \_\_\_\_\_

**contacter :** \_\_\_\_\_

**Téléphone Travail :** \_\_\_\_\_

**No de téléphone :** \_\_\_\_\_

**Téléphone Cellulaire :** \_\_\_\_\_

**No d'Assurance Maladie :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**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, intermittent, etc) : \_\_\_\_\_

**Depuis :** \_\_\_\_ Jours \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Ans

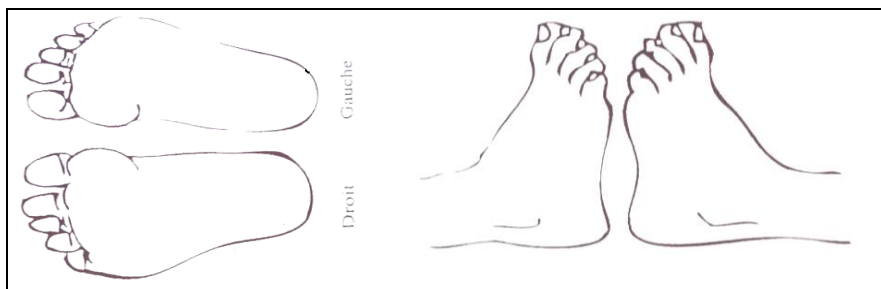
**Localisation**

**Fréquence de la douleur :** \_\_\_\_\_

Au lever  À la marche

Au coucher  Post activité

Autre : \_\_\_\_\_



### AUTRES

**Mensuration :** Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Pointure \_\_\_\_\_ **Votre occupation ?** \_\_\_\_\_

**Avez-vous des assurances ?**  Oui Nom : \_\_\_\_\_  Non

Je ne sais pas

**Par qui avez-vous été référé (e) ?**

Recherche Google  Recherche Yahoo/Bing  Courrier Laval  Facebook  Internet (notre site)  Pied Réseau

The Suburban  Médecin \_\_\_\_\_  Amis-famille Nom : \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

**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

**C'est ma première visite chez un podiatre**

**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"/>

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non			Oui	Non
1 Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des derniers 6 mois ..... Énumérez-les _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2 Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3 Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4 Êtes-vous enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>						
5 Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6 Fièvre rhumatismale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7 Problèmes sanguins : .....						
Hémophilie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Anémie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Saignements <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Autres, Spécifiez : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Sang clair <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			_____			
8 Pression: Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
9 Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10 Ulcère d'estomac .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11 Troubles digestifs : Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12 Problèmes de foie (hépatite : Virus A, B, C, cirrhose, etc) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13 Troubles de rein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14 Est-ce que vous urinez plus de 3-4 fois par nuit ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15 Infections transmissibles sexuellement (ITS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16 Diabète Depuis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17 Troubles thyroïdiens .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18 Maladies de la peau (psoriasis, eczéma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19 Arthrite, Arthrose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20 Épilepsie, Polio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21 Ostéoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22 Maladies psychiatriques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			23	Étourdissements, évanouissements .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			24	Rhume des foins .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25	Problèmes oculaires (yeux) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			26	Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			27	Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			28	Trouble nerveux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			29	Maux de tête fréquents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			30	Autres pathologies présentes		
				Goutte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				Hémorragie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Varices <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Phlébite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Psoriasis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Système nerveux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Système vasculaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			31	Fumez-vous .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Si oui, depuis quand ? _____		
				Combien de cigarettes par jour ? _____		
				Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			32	Avez-vous déjà eu une <b>réaction allergique</b> ou autre aux produits suivants		
				Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
				Crustacé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Sulfate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres : _____	
			34	Consommez-vous des drogues .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Consommez-vous de l'alcool		
				Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/>		
			36	Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Spécifiez _____		
				_____		
				_____		
				_____		
			37	Avez-vous subi des blessures (fractures, entorses, etc) au cours de votre vie .....	<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 50\$ 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