



#Dossier: \_\_\_\_\_

# CLINIQUE PODIATRIQUE DE L'OUTAOUAIS

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Veuillez compléter ce questionnaire en LETTRES MOULÉES ET LISIBLES qui servira à l'ouverture de votre dossier.  
Toutes les informations données demeureront confidentielles et sont requises par la loi sur la podiatrie.

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Homme  Femme  Âge: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
numéro rue app

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone (rés): \_\_\_\_\_ Téléphone (cell): \_\_\_\_\_

En cas d'urgence contacter: \_\_\_\_\_  
# de tel lien + nom

Courriel: \_\_\_\_\_ Confirmer le rendez-vous par courriel :  oui  non

Noms des parents (si moins de 18 ans) ou du tuteur \_\_\_\_\_

Quelle est votre occupation: \_\_\_\_\_ généralement  debout  assis

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Pointure des chaussures \_\_\_\_\_ Type de chaussures: \_\_\_\_\_

Loisirs ou sports réguliers: \_\_\_\_\_

Date de naissance		
____/____/____	____	____
JJ	MM	AAAA

# d'assurance maladie \_\_\_\_\_

↳ \_\_\_\_\_

### RAISON DE LA VISITE

Motif de la consultation: \_\_\_\_\_

Description de la douleur (aigue, chronique, intermittente, etc): \_\_\_\_\_

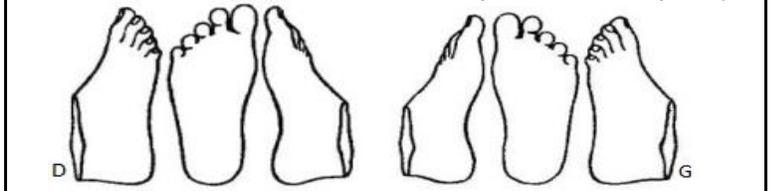
Depuis quand: \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années ou indiquez la date: \_\_\_\_\_

Moment de la douleur:  Au lever  En fin de journée  À la marche  Après activités  \_\_\_\_\_

Avez-vous de la douleur aux endroits suivants:

- Cheville .....  G  D
- Genou .....  G  D
- Hanche .....  G  D
- Bas du dos .....  G  D
- Nerf sciatique .....  G  D

Localisation (annotez d'un X où sont les problèmes aux pieds):



### AUTRES

Par qui avez-vous été référé(e)?

- Notre site internet  Amis-famille  Journaux  Radio  Atribus
- Pages-jaunes (internet)  Télévision  Médecin  Événement  \_\_\_\_\_
- Autre professionnel de la santé \_\_\_\_\_

Avez-vous un médecin de famille?

- Non  Oui Si oui, quel est son nom? \_\_\_\_\_

Nom de sa clinique \_\_\_\_\_ Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_

Êtes vous présentement suivi par un autre professionnel de la santé?

- Non  Oui Si oui, quel est son nom? \_\_\_\_\_

De quelle profession s'agit-il? \_\_\_\_\_

**SVP, veuillez compléter le \*VERSO\***

# ANTÉCÉDENTS PODIATRIQUES

Date de la dernière visite podiatrique:  je n'ai jamais visité un podiatre  moins d'un an  1 à 5 ans  plus de 5 ans

Avez-vous déjà eu des traitements podiatrique tels que ou pour:

Orthèses plantaires  Ongle incarné  Verrue plantaire  Chirurgie  Cors/callosités

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

oui non

1. Avez-vous déjà souffert d'allergies alimentaires ou aux médicaments? .....    
Spécifiez: \_\_\_\_\_

2. Prenez-vous présentement des médicaments ou des produits naturels ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? .....    
 Je joindrai une liste complète de mes médicaments (liste imprimée du pharmacien)  
ou  spécifiez: \_\_\_\_\_

3. Avez-vous des prothèses articulaires?  genou  hanche.....    
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? .....    
5. Êtes-vous enceinte? .....    
6. Allaitiez-vous? .....    
7. Êtes vous fumeur?.....

### Avez-vous souffert ou souffrez-vous de (précisez si nécessaire):

8. Fracture ou entorse? Spécifiez: \_\_\_\_\_    
9. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)? .....    
10. Tension artérielle (pression)?  haute pression  basse pression .....    
11. Diabète? Depuis quelle année? \_\_\_\_\_    
12. Arthrite? .....    
13. Goutte? .....    
14. Phlébite ou embolie? .....    
15. Problèmes sanguins?  hémophilie  anémie  autres \_\_\_\_\_    
16. Ulcère d'estomac? .....    
17. Maladie de la peau?  eczéma  psoriasis  Autres \_\_\_\_\_    
18. Problèmes de foie?  hépatite B  hépatite C  cirrhose .....    
19. Troubles nerveux? .....    
20. Troubles thyroïdiens? .....    
21. Troubles de rein? .....    
22. Cancer? Type: \_\_\_\_\_ Année du diagnostic \_\_\_\_\_    
23. Infections transmissibles sexuellement (ITS)?.....    
24. Épilepsie? .....    
25. Autres? Spécifiez: \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT ET POLITIQUE D'ANNULATION

\*\* Je consens aux examens et aux traitements de la Clinique podiatrique de l'Outaouais.

\*\* J'atteste que ces renseignements sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance.

\*\* J'autorise mon podiatre à transmettre et divulguer mes informations médicales à mes assurances à des fins de remboursement et/ou à mon médecin, si ma situation médicale l'exige.

\*\* S'il vous est impossible de vous rendre au(x) rendez-vous, veuillez nous avertir 24 heures à l'avance, sinon des frais de 25\$ vous seront réclamés.

VEUILLEZ NOTER QUE LES SOINS ET TRAITEMENTS DES PODIATRES NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RAMQ

Votre numéro peut cependant être nécessaire pour le transfert de votre dossier ou la visualisation de radiographies

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(patient ou tuteur si âgé de moins de 14 ans)