



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

# CLINIQUE PODIATRIQUE DE L'OUTAOUAIS

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Veillez 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 (aigüe, chronique, intermittente, etc): \_\_\_\_\_

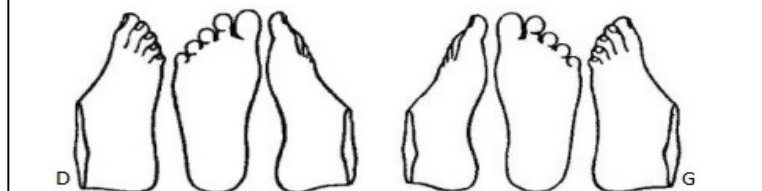
Depuis quand: \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années      ou indiquez la date: \_\_\_\_\_

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

Avez-vous des assurances?     Oui    Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_     Non     Je ne sais pas

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? .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spécifiez: _____  |                          |                          |
| 2. Prenez-vous présentement des médicaments ou des produits naturels ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers m | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Je joindrai une liste complète de mes médicaments (liste imprimée du pharmacien)           |                          |                          |
| ou <input type="checkbox"/> spécifiez: _____  |                          |                          |
| _____   |                          |                          |
| _____   |                          |                          |
| 3. Avez-vous des prothèses articulaires? <input type="checkbox"/> genou <input type="checkbox"/> hanche.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Êtes-vous enceinte? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Allaitiez-vous? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Êtes vous fumeur?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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