



#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): _____

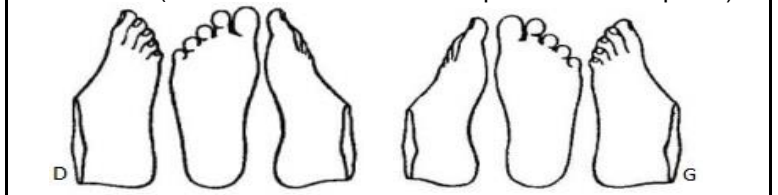
Depuis quand: _____ jours _____ mois _____ années ou indiquez la date: _____

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)

