



Veuillez remplir le présent questionnaire **LISIBLEMENT et en LETTRES MOULÉES**. Toutes les informations données demeureront confidentielles et serviront à l'ouverture de votre dossier tel que la *Loi sur la podiatrie* le requiert.

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

1^{er} n° de tél. _____ Domicile | Cell | Travail

2^e n° de tél. _____ Domicile | Cell | Travail

En cas d'urgence (nom) _____

En cas d'urgence (n° de tel) _____

Adresse de courriel _____

Nom des parents (si vous avez moins de 18 ans) _____

Qui vous a référé à notre clinique? Amis Famille Télévision Médecin Autre _____

Nom du médecin de famille _____ Nom de la clinique _____

Est-ce qu'un autre professionnel vous suit? Indiquez son nom et sa profession _____

Physiothérapeute Chiropraticien Chirurgien vasculaire Rhumatologue Pédiatre Autre _____

Votre pharmacie _____ Numéro téléphone _____ Numéro télécopieur _____

Date de naissance _____ / _____ / _____

N° d'assurance maladie (RAMQ) _____

Âge _____ Sexe Masculin Féminin

Taille _____ Poids _____ Pointure des chaussures _____

Occupation _____

En général, dans quelle position vous tenez-vous? Assise Debout

Type de chaussures Sport Ville Talons hauts

Quels sont normalement vos loisirs ou vos sports? _____

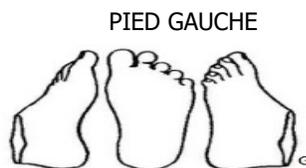
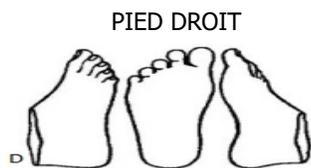
Confirmation des rendez-vous par courriel Oui Non

RAISON DE LA CONSULTATION :

Depuis combien de temps? _____

Douleur de 0 à 10 : Faible 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Forte

Indiquez spécifiquement où se situent les problèmes :



AUTRES DOULEURS

Cheville..... Gauche Droit

Jambe Gauche Droit

Genou Gauche Droit

Bas du dos Gauche Droit

Nerf sciatique Gauche Droit

Avez-vous déjà consulté un podiatre? Non Oui → Il y a combien de temps? _____

Avez-vous déjà eu des traitements tels que : Orthèses plantaires? Soins de pieds? Ongles incarnés? Ulcères aux pieds?

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

1. Avez-vous déjà souffert d'allergies alimentaires? OUI NON
Spécifiez les allergies et le type de réaction : _____

2. Avez-vous déjà souffert d'allergies aux médicaments? OUI NON
Spécifiez les allergies et le type de réaction : _____

3. Prenez-vous des médicaments ou des produits naturels? OUI NON
Si oui, veuillez préciser : _____

Je joins une liste complète de mes médicaments.

4. Êtes-vous enceinte? OUI NON
Date d'accouchement prévue : _____

5. Êtes-vous fumeur? Tabac Marijuana OUI NON
Spécifiez l'utilisation par jour ou par semaine : _____

6. Avez-vous pris beaucoup de poids dernièrement? OUI NON
Combien? _____ Date _____

7. Avez-vous perdu beaucoup de poids dernièrement? OUI NON
Combien? _____ Date _____

8. Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales? OUI NON
Si oui, veuillez préciser :

Type _____ Année _____

Type _____ Année _____

Type _____ Année _____

Type _____ Année _____

9. Allaitiez-vous? OUI NON

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous d'une maladie ou d'un trouble quelconque?
*** Veuillez préciser et inscrire l'année du diagnostic. ***

Troubles musculosquelettiques

10. Fracture (préciser) : _____ OUI Année _____ NON

11. Entorse (préciser) : _____ OUI Année _____ NON

Maladies métaboliques

12. Diabète OUI Année _____ NON
 type 1 type 2

13. Haute pression OUI Année _____ NON

14. Basse pression OUI Année _____ NON

15. Hypothyroïdie OUI Année _____ NON

16. Hyperthyroïdie OUI Année _____ NON

17. Ostéoporose OUI Année _____ NON

18. Maladie du rein avec dialyse OUI Année _____ NON
Préciser : _____

Maladies rhumatologiques

19. Arthrite rhumatoïde OUI Année _____ NON

20. Arthrose OUI Année _____ NON

21. Goutte OUI Année _____ NON

22. Lupus OUI Année _____ NON

23. Douleur chronique (préciser) : _____ OUI Année _____ NON

24. Fibromyalgie OUI Année _____ NON

25. Autres types d'arthrite : _____ OUI Année _____ NON

Maladies néoplasiques

26. Cancer (préciser) : _____ OUI Année _____ NON

27. Leucémie OUI Année _____ NON

Troubles de la peau et des ongles

28. Eczéma OUI Année _____ NON

29. Psoriasis OUI Année _____ NON

30. Mycose OUI Année _____ NON

Syndromes génétiques

31. Trouble du spectre de l'autisme OUI Année _____ NON

32. Trisomie 21 OUI Année _____ NON

33. Déficience intellectuelle OUI Année _____ NON

Maladies gastro-intestinales

34. Ulcère de l'estomac OUI Année _____ NON

35. Maladie de Crohn OUI Année _____ NON

36. Colite ulcéreuse OUI Année _____ NON

Troubles cardio-vasculaires

37. Infarctus OUI Année _____ NON

38. Angine OUI Année _____ NON

39. Problème valvulaire OUI Année _____ NON

40. Souffle au cœur OUI Année _____ NON

41. Arythmie OUI Année _____ NON

42. Insuffisance veineuse OUI Année _____ NON

43. Phlébite OUI Année _____ NON

44. Embolie OUI Année _____ NON

Maladies neurologiques

45. Maladie de Charcot-Mary-Tooth OUI Année _____ NON

46. Sclérose en plaque OUI Année _____ NON

47. Épilepsie OUI Année _____ NON

48. AVC (accident vasculaire cérébral) OUI Année _____ NON

Troubles hématologiques

49. Anémie (préciser) : _____ OUI Année _____ NON

50. Hémophilie OUI Année _____ NON

Troubles psychiques

51. Dépression OUI Année _____ NON

52. Trouble de stress post-traumatique OUI Année _____ NON

53. Anxiété OUI Année _____ NON

54. Trouble psychotique OUI Année _____ NON

55. Trouble bipolaire OUI Année _____ NON

56. Autres troubles (préciser) : _____ OUI Année _____ NON

Maladies infectieuses

57. Hépatite A B C OUI Année _____ NON

58. Infection au VIH OUI Année _____ NON

59. ITS (infections transmissibles sexuellement) OUI Année _____ NON

Autre

60. Trouble de la vue | cécité OUI Année _____ NON

61. Déficience auditive | surdité OUI Année _____ NON

62. Phobie des aiguilles OUI Année _____ NON

63. Trouble sensoriel OUI Année _____ NON

64. Trouble du langage OUI Année _____ NON

65. Autre (préciser) : _____

66. Autre (préciser) : _____

CONSENTEMENT ET POLITIQUE D'ANNULATION

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

** J'atteste que ces renseignements sont véridiques et complets autant que je sache.

*** J'autorise mon podiatre à transmettre et à divulguer les renseignements médicaux me concernant à mes compagnies d'assurance et à mon médecin (ou au deux) si mon état l'exige.

**** S'il vous est impossible de vous rendre à un rendez-vous, veuillez nous en aviser 24 heures à l'avance. Sinon des frais de **25 \$** seront exigibles.

LES TRAITEMENTS PODIATRITIQUES NE SONT PAS COUVERTS PAR LA RAMQ.

Votre numéro est cependant pertinent pour certaines communications avec votre médecin.

Signature : _____ Date : _____

(Personne traitée ou tuteur ou tutrice dans le cas d'une personne de moins de 14 ans)