



QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Veillez compléter ce questionnaire 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: _____ Date de naissance ____ / ____ / ____
numéro rue appartement JJ MM AAAA

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____ # d'assurance maladie

Téléphone (rés): _____ Téléphone (cell): _____

En cas d'urgence contacter: _____
de tel lien + nom

Courriel: _____

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: _____

RAISON DE LA VISITE

Motif de la consultation: _____

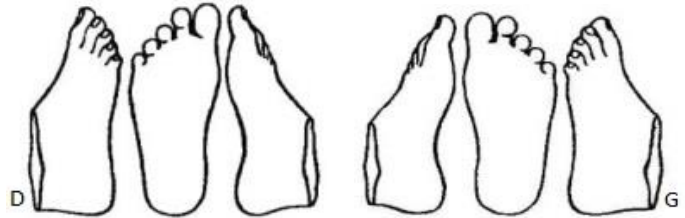
Description de la douleur (aigue, chronique, intermittente, etc): _____

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

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



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 Médecin Youtube (vidéo)
- Réseaux sociaux (Facebook) Garderie/école Journaux 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? _____

ANTÉCÉDENTS PODIATRQUES

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 mois? <input type="checkbox"/> | <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. Allaites-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Fracture ou entorse? Spécifiez: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tension artérielle (pression)? <input type="checkbox"/> haute pression <input type="checkbox"/> basse pression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Diabète? Depuis quelle année? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Arthrite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Goutte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Phlébite ou embolie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Problèmes sanguins? <input type="checkbox"/> hémophilie <input type="checkbox"/> anémie <input type="checkbox"/> autres _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ulcère d'estomac? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Maladie de la peau? <input type="checkbox"/> eczéma <input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> Autres _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Problèmes de foie? <input type="checkbox"/> hépatite B <input type="checkbox"/> hépatite C <input type="checkbox"/> cirrhose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Troubles nerveux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Troubles thyroïdiens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Troubles de rein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Cancer? Type: _____ Année du diagnostic _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Infections transmissibles sexuellement (ITS)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Épilepsie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Autres? Spécifiez: _____ | | |

ACCORD ET POLITIQUE D'ANNULATION

La période prévue pour vos rendez-vous vous est réservée. S'il vous est impossible de vous rendre au(x) rendez-vous, veuillez nous avvertir 24 heures à l'avance, sinon des frais de 25\$ vous seront réclamés. J'atteste que ces renseignements sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance. De plus, 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.

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)

