

FORMULAIRE D'INSCRIPTION PREMIÈRE VISITE Date: A: _____ /M _____ /J _____

Nom de famille (de fille): _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone maison: _____ Téléphone travail: _____

Cellulaire: _____ Courriel: _____

J'autorise la clinique à me contacter par courriel (résultats, tests, aucune publicité) : Oui Non

Date de naissance: A _____ /M _____ /J _____ Âge: _____ Sexe: Homme Femme

Grandeur: _____ Poids: _____ lb ou kg _____ Pointure de souliers: _____

Numéro d'assurance maladie (pour analyse laboratoire, si lieu): _____ Exp: _____

Occupation: _____ Travail: (debout, assis): _____

En cas d'urgence, contacter: Nom: _____

Relation: _____ Téléphone: _____

Si moins de 18 ans, écrivez le(s) nom(s) du/des parent(s) ou gardien(s): _____

Comment avez-vous entendu parler de la clinique? _____

ANTÉCÉDENTS PODIATRIQUES

Raison (s) de la visite, décrivez votre problème: _____

Avez-vous des tests, résultats, CD (apportez-le) : X-Ray / IRM / Ultrason / Sanguin / Autres : _____

Avez-vous déjà consulté un podiatre? Oui Non Nom: _____

Raison (s): _____

AUTRES INFORMATIONS MEDICALES

Avez-vous des assurances? Oui Non Si oui, Nom: _____

Médecin de famille: _____

Téléphone: _____ Date de la dernière visite médicale: _____

Êtes-vous présentement suivi par un autre médecin (spécialiste)? Oui Non

Si oui, expliquez: _____

_____ voir au verso

Médication prise présentement ou dans les 6 derniers mois
(on peut faire une copie de votre liste):

Prenez-vous en ce moment: Si oui, nommez les.

Produits naturels ou homéopathiques? _____ Oui Non

Hormones? _____ Oui Non

Anovulants? _____ Oui Non

Êtes-vous enceinte? _____ Oui Non

Allaitiez-vous? _____ Oui Non

Êtes-vous diabétique? _____ Oui Non

Votre dernier taux de glycémie: _____

Avez-vous ou avez-vous déjà eu:
Troubles cardiaques (souffle cardiaque, angine, valvulopathie
cardiaque, etc)? _____ Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu? _____ Oui Non

Problèmes sanguins (encerclez lequel si oui):
Hémophilie _____ Anémie _____
Saignements prolongés _____ Transfusions sanguines _____

Autre(s), lequel(s)? _____

Ulcère d'estomac ? _____ Oui Non

Tuberculose ou problèmes pulmonaires? _____ Oui Non

Problèmes digestifs? _____ Oui Non

Lesquel(s): _____

Hépatopathie (hépatite A, B, C, cirrhose)? _____ Oui Non

Problèmes rénaux? _____ Oui Non

Infections transmises sexuellement? _____ Oui Non

Problèmes de la peau _____ Oui Non

Problèmes thyroïdiens? _____ Oui Non

Maladies oculaires (glaucome, dégénérescence maculaire,
cataractes)? _____ Oui Non

Épilepsie? _____ Oui Non

Arthrite? Lequel? _____ Oui Non

Ostéoporose? _____ Oui Non

Maladies mentales? _____ Oui Non

Maladies du système nerveux? _____ Oui Non

Avez-vous récemment pris ou perdu du poids? Lequel? _____ Oui Non

Avez-vous:

Étourdissements/évanouissements _____ Oui Non

Asthme _____ Oui Non

Maux de tête fréquents _____ Oui Non

Allergies (encerclez):

Latex Codéine Iode Sulfa Aspirine Crustacés _____ Oui Non

Anesthésie locale Pénicilline Autres antibiotiques _____

Autre _____

Êtes-vous atteint du sida? _____ Oui Non

Êtes-vous séropositif? _____ Oui Non

Fumez-vous? Combien de cigarettes par jour? _____ Oui Non

Autres pathologies présentes (encerclez):
Phlébite Polio Goutte Psoriasis Système vasculaire
Varices _____

Autre(s)? _____

Votre tension artérielle est: Normale Basse Haute

Urinez-vous souvent? _____ Oui Non

Consommez-vous des drogues? Lesquelle(s)? _____ Oui Non

Avez-vous déjà eu des cancers? Si oui, lequel? _____ Oui Non

Avez-vous subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie? _____ Oui Non

Consommez-vous de l'alcool? Peu ou pas Modérément Beaucoup
Verres par semaine? _____

Avez-vous des prothèses articulaires (genou, hanche, etc.)? _____ Oui Non

Avez-vous déjà eu des chirurgies ou étiez-vous hospitalisé? _____ Oui Non

Précisez. _____

Minutes d'activité physique par semaine: _____

Jogging _____ Musculation _____ Soccer _____ Tennis _____
Yoga _____ Hockey _____ Autre _____

Avez-vous déjà subi des blessures (fractures, entorses, etc)? _____ Oui Non

Précisez. _____

ACCORD ET POLITIQUE D'ANNULATION

Vous devez nous aviser au moins 24 heures en avance lorsque vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous. Pour les rendez-vous manqués, les frais de 45\$ seront exigibles.

Je déclare que les informations sur ce formulaire sont entièrement vraies et complètes. De plus, j'autorise mon podiatre à transmettre mes informations médicales à mes assurances à des fins de remboursement et/ou mon médecin si ma situation médicale l'exige. Par le fait même, j'accepte la politique d'annulation de la clinique.

Signature: _____ Date: _____

S'il s'agit d'un patient mineur, SVP inscrire le nom du responsable: _____

Coronavirus COVID-19

FEUILLET 2A : FORMULAIRE DE DÉPISTAGE DU PATIENT/ACCOMPAGNATEUR

Nom de la personne dépistée : _____	PRÉ-RDV	CLINIQUE
Veuillez indiquer si le nom ci-dessus correspond au formulaire de dépistage du patient ou de l'accompagnateur : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Accompagnateur – Nom du patient : _____	Date :	Date :
1-Avez-vous eu un test de dépistage positif à la COVID-19 depuis moins de 21 jours ou êtes-vous en attente de résultat d'un test de dépistage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Présentez-vous les conditions suivantes :		
2-Fièvre (plus de 38 °C ou 100,4 °F)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3-Toux récente ou chronique qui s'est aggravée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4-Difficulté respiratoire (par exemple : essoufflement ou difficulté à parler)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5-Perte subite de l'odorat (avec ou sans perte de goût)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6-Douleurs musculaires, mal de tête, fatigue intense ou importante perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7-Mal de gorge	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8-Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9-Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p>Je comprends qu'étant donné que la pandémie actuelle nécessite de nouvelles asepsies et de nouveaux protocoles, des mesures supplémentaires ont été prises pour améliorer encore la sécurité de tous les patients et membres du personnel. Pour couvrir le coût de l'équipement de protection individuelle (EPI) nouvellement incorporé et des protocoles d'infection, des frais de 10\$ supplémentaires seront ajoutés à votre facture. Je comprends que certains assureurs ne le reconnaissent pas encore.</p>		
Signature de la personne qui a rempli le formulaire (patient ou personnel de bureau) :		
Signature pré-rdv : _____	Signature clinique : _____	