



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET HISTORIQUE

Toutes les information sont gardées confidentielles et sont obligatoires selon la loi podiatrique du Québec.

<b>INFORMATION DU PATIENT</b>		Date: ____ / ____ / ____	
Nom de famille (de fille):		Prénom:	
Adresse:			
Ville:		Code postal:	
Téléphone maison:		Téléphone travail:	
Cellulaire:		Courriel:	
J'autorise la Clinique Podiatrique à me contacter par courriel:    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Date de naissance: Année ____ / Mois ____ / Jour ____		Âge:	Sexe:    Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
Grandeur:	Poids:	Pointure de souliers:	
Numéro d'assurance maladie (pas utilisé en clinique):			Exp:
Occupation:			
<b>En cas d'urgence, contacter:</b> Nom:			
Relation:		Téléphone:	
Si vous avez moins de 18 ans, écrivez le(s) nom(s) du/des parent(s) ou gardien(s):			
Comment avez-vous entendu parler de la clinique? _____			
<b>ANTÉCÉDENTS PODIATRIQUES</b>			
<b>Raison de la visite:</b> _____			
Décrivez votre douleur ou problème:			
Duration:		Fréquence:	
Emplacement et cause de la douleur/du problème (être debout, marcher, au coucher, après activité, etc):			
Avez-vous déjà consulté un podiatre?    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, détaillez dans la section suivante.			
Nom:		Dernière visite:	
Avez-vous eu des traitements podiatriques tels que: Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthèses <input type="checkbox"/> Verrues <input type="checkbox"/> Douleur au talon <input type="checkbox"/>			
Autre <input type="checkbox"/> _____			
<b>AUTRES INFORMATIONS</b>			
Avez-vous des assurances? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, Nom: _____			
Médecin de famille:			
Téléphone:		Date de la dernière visite:	
Êtes-vous présentement suivi par un autre médecin?    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, expliquez:			

**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  
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: \_\_\_\_\_