

**Veillez noter que toutes les informations recueillies dans ce questionnaire demeureront confidentielles et qu'elles sont requises par la loi sur la podiatrie du Québec. Merci de remplir les 3 pages en entier.**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (jour/mois/année) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ ans ou mois  Femme  Homme

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone résidence : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ sa ville : \_\_\_\_\_  Je n'ai pas de médecin  
 Pharmacie : Bannière : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Veillez inscrire ci-dessous le nom d'une personne ressource en cas d'urgence. Si l'enfant qui consulte aujourd'hui est mineur, précisez le prénom et le nom du parent ou du tuteur légal qui accompagne l'enfant.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Si différent du patient qui consulte aujourd'hui :  
 Téléphone résidence : \_\_\_\_\_  
 Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_  
 Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

**Historique médical**

**Allergies ou intolérances** aux médicaments ou autres substances, cochez le mot s'il s'applique à vous.  Pas d'allergie

- |  |   |                                |  |
|--|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Iode                | <input type="checkbox"/> Anesthésiants locaux | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires | <input type="checkbox"/> Diachylon            | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Codéine       |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____       |   |                                |  |

Listez tous les **médicaments, suppléments naturels et/ou vitamines** que vous prenez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Listez ici toutes vos **blessures (entorse, fracture, tendinite, accidents, etc.)** que vous avez eu aux pieds mais aussi partout sur le corps : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Listez ici toutes les **chirurgies et/ou hospitalisation** (séjour à l'hôpital) que vous avez eu aux pieds mais aussi partout sur le corps : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Êtes- vous **fumeur** ?  Oui  Non - Si oui, combien de cigarettes/paquets par jour fumez-vous ? \_\_\_\_ cig./jr ou \_\_\_\_ paq/jr  
 L'avez-vous déjà été ?  Oui  Non - Il y a combien de temps avez-vous cessé? \_\_\_\_ mois/années

Mirabel  Ste-Thérèse

Date : \_\_\_\_\_

Consommez-vous de l'**alcool** ?  Oui  Non

Si oui, combien de consommations buvez-vous ? \_\_\_\_\_ verre(s)/jour ou \_\_\_\_\_ verre(s)/semaine

Avez-vous présentement un problème de consommation d'alcool ?  Oui  Non - Par le passé ?  Oui  Non

Consommez-vous des **drogues** ?  Oui  Non - Lesquelles ? \_\_\_\_\_

Si oui, combien de fois par jour ? \_\_\_\_\_ ou par semaine ? \_\_\_\_\_

Avez-vous présentement un problème de dépendance aux drogues ?  Oui  Non - Par le passé ?  Oui  Non

Cochez si vous avez déjà été diagnostiqué avec une de ces **maladies/conditions** :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problème de vision  | <input type="checkbox"/> Goutte   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes touchant le cerveau (ex: ACV)   | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie  |
| <input type="checkbox"/> Hypertension (haute pression artérielle)  | <input type="checkbox"/> Problème d'audition, surdité   |
| <input type="checkbox"/> Hémorrhagie   | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires (ex: asthme, maladie pulmonaire)             |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de foie (ex : hépatite, cirrhose)   | <input type="checkbox"/> Cholestérol  |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de reins  | <input type="checkbox"/> Condition cardiaque (ex : arrêt cardiaque, angine, blocage artériel) |
| <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs (ex : ulcères d'estomac, maladie de Chron)       |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumato ide  | <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires  |
| <input type="checkbox"/> Cancer - Si oui indiquez lequel : _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise circulation sanguine (ex : enflure aux jambes, varices, problème artériel, ph bite)  |   |
| <input type="checkbox"/> Maladie transmise sexuellement (ex: sida, siphyllis, chlamydia, herpès)                       | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes neurologiques (ex: polio, parkinson, paral sie cérébrale, sclérose en plaque)       | <input type="checkbox"/> Arthrose   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de peau (ex: eczéma, psoriasis, infection de la peau ou des ongles)                 | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale  |
| <input type="checkbox"/> Je suis enceinte - combien de mois _____ / semaines _____ <input type="checkbox"/> J'allaiter | précisez : _____  |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____  |   |

Y a-t-il autre chose que votre podiatre devrait connaître à propos de votre santé ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pratiquez-vous des **sports** ?  Oui  Non - Lesquels ? \_\_\_\_\_

Que faites-vous comme **travail** ? \_\_\_\_\_  Je travaille debout  Assis(e)  Je suis retrait e

**Mensurations** : taille: (grandeur) \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po / ou \_\_\_\_\_ cm - poids : \_\_\_\_\_ lbs / ou \_\_\_\_\_ kg - pointure de souliers : \_\_\_\_\_

**Motif de la consultation aujourd'hui** :   valuation biomécanique  orthèses plantaires  cor  verrue plantaire  
 ongle incarné  callosité  évaluation pour une chirurgie  couper les ongles  autre : \_\_\_\_\_

Type de douleur :  brûlure  élancement  choc électrique  engourdissement  picottement  pincement  aiguille  
 Intensité de la douleur :  je n'ai pas mal  légère  moyenne  élevée  insupportable  
 Quand la ressentez-vous ?  au lever  en marchant  au repos  la nuit  en tout temps  autre : \_\_\_\_\_  
 Localisation :  droit  gauche  talon  orteil  cheville  jambe  genou  hanche  dos  autre: \_\_\_\_\_  
 La douleur/problème est présent depuis : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ semaines \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années  
 Avez-vous débuté des traitements pour ce problème ?  Oui  Non - Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des **assurances** qui couvrent les soins podiatriques ?  Oui  Non

Comment avez-vous connu la clinique ?  Journaux  Pages jaunes  Site web  Médias sociaux  Affiche extérieure

En passant dans l'édifice  Publicité postale

Référé par la famille ou un(e) ami(e) Par qui ? \_\_\_\_\_

Référé par un autre docteur Par qui ? \_\_\_\_\_

**Politiques de la clinique :**

**\*\* Cochez les carrés pour démontrer votre accord et signez au bas de la page.**

Vous devez nous aviser au moins 24 heures à l'avance lorsque vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous. Lors d'un premier **rendez-vous manqué** il n'y a aucun frais mais pour un deuxième rendez-vous manqué sans avertissement nous ajouterons des frais de 35\$ additionnels aux frais de la prochaine consultation.

J'accepte la politique d'annulation.

Je déclare que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont exacts et complets.

Je consens à ce que mon dossier podiatrique soit informatisé à la Clinique Médicale de Mirabel et que les médecins et podiatres de la clinique puissent y avoir accès au besoin.

J'autorise ma podiatre à transmettre et divulguer mes informations médicales à mes assurances à des fins de remboursement ainsi qu'à mon médecin si la situation médicale l'exige.

**La clinique est privée. Je comprends que les frais podiatriques ne sont pas couverts par la RAMQ et je m'engage à payer les honoraires à la fin de chaque visite.**

Signez ici : \_\_\_\_\_

**\*\*\* S'il s'agit d'un patient d'âge mineur, le parent ou tuteur doit signer.** Date: \_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Merci de faire confiance à notre équipe!