



MÉDECINE ORTHOPÉDIQUE
ORTHOPAEDIC MEDICINE
CLINIQUE - OTTAWA (ORLÉANS) - CLINIC

Médecins de famille pratiquant la médecine orthopédique
Family physicians practicing orthopaedic medicine

2555 BOULEVARD ST-JOSEPH
SUITE 403,
OTTAWA (ORLÉANS), ONTARIO K1C 1S6
TÉL. : (613) 824-4223
FAX : (613) 824-2418
WEB : <http://www.cproloc.ca>
info@cproloc.ca

À la demande du Dr.
At the request of Dr.

*Afin de nous aider à mieux vous traiter, auriez-vous l'obligeance de remplir ce questionnaire et de nous le **retourner le plus tôt possible**, afin que nous puissions vous donner un rendez-vous.*

*In order to help us to get a clear view of your problem, please fill in the questionnaire and **return it as soon as possible**, in order to schedule an appointment.*

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

TELEPHONE : MAISON
HOME

CELLULAIRE
CELLULAR

BUREAU
OFFICE

TÉLÉCOPIEUR
FAX

DATE DE NAISSANCE
DATE OF BIRTH

NUMÉRO D'OHIP
OHIP NUMBER

VERSION CODE

Avez-vous une assurance pour vos médicaments ?
Do you have insurance for your medication ? OUI/YES NON/NO

OCCUPATION

Si vous désirez annuler un rendez-vous, S.V.P. avertissez nous au moins **72 heures** à l'avance, sinon vous serez facturés.
To cancel an appointment, please call at least **72 hours** before the given date, otherwise you will be billed.

Est-ce que votre problème relève de la Commission des accidents de travail ?
 Is this a Workmen's Compensation Board Claim ?

OUI/YES NON/NO

Si OUI - Quel est le numéro de votre réclamation ?
 If YES - What is your Claim Number ?

.....

Êtes-vous allergique aux choses suivantes ?
 Are you allergic to any of the following ?

- Anesthésie / Anesthesia (i.e. Xylocaïne, Novacaine, etc.)
- Penicilin Sulfa Aspirin
- Codeine Cortisone
- Mycins ou autres antibiotiques
 Mycins or other antibiotics (i.e. Tetracycline, Bactrim)
- Aliments / Foods Cosmétiques / Cosmetics
- Animaux / Animal dander Poussière / Dust
- Autres (spécifiez)
 Others (specify)

Prenez-vous présentement des médicaments pour :
 Are you presently taking medication for :

- Rhume Cold or flu
 - Hypertension Hypertension
 - Problèmes cardiaques Heart problems
 - Diabète Diabetes
 - Paralysie Stroke
 - Tuberculose Tuberculosis
 - Épilepsie Epilepsy
 - Dépression Depression
 - Anémie Anemia
 - Migraine Migraine
 - Cancer Cancer
 - Goutte Gout
 - Maladie rénale Kidney disease
 - Autres Others
- (Spécifiez/Specify)

Nom des médicaments :

Name of medications:

.....

Êtes-vous enceinte ? / Are you pregnant ?

OUI/YES NON/NO

HISTOIRE FAMILIALE/FAMILY HISTORY

Mère/Mother Vivante/Living Décédée/Decreased

Cause

Père/Father Vivant/Living Décédé/Decreased

Cause

Soeur(s)/Sister(s) Vivante/Living Décédée/Decreased

Cause

Frère(s)/Brother(s) Vivant/Living Décédé/Decreased

Cause

Enfants/Children

Fils/Son(s) Vivant/Living Décédé/Decreased

Cause

Fille(s)/Daughter(s) Vivante/Living Décédée/Decreased

Cause

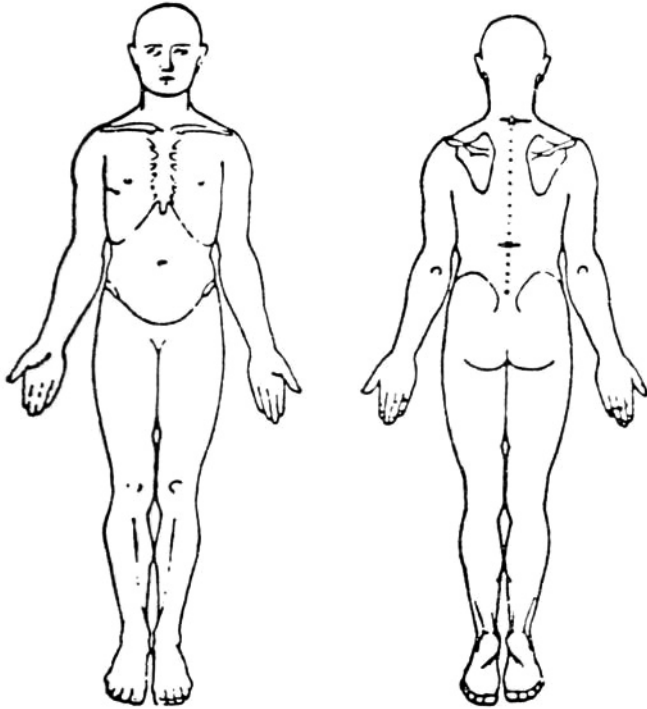
HISTOIRE DU PASSÉ/PAST HISTORY

Énumérez maladie(s) du passé et intervention(s) chirurgicale(s).
 Please list past illness(es) and surgery.

.....

1. Indiquer sur le diagramme les endroits de la douleur et/ou des engourdissements.
Please draw the site of your pain and/or numbness on the diagram.

ENDROITS DE LA DOULEUR ET/OU ENGOURDISSEMENTS
SITES OF PAIN AND/OR NUMBNESS



2. Quand la douleur a-t-elle commencé ?
When did the pain first start ?

.....

3. Comment la douleur a-t-elle commencé ?
How did the pain start ?

- soudainement/suddenly graduellement/gradually

Décrivez ce qui est arrivé / Specify what happened

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Est-ce que la douleur est... / Is the pain...

- continue / always present
 intermittente / intermittent

Si intermittente - spécifiez la fréquence et la durée.
If intermittent - specify how often and how long it lasts.

.....
.....
.....
.....
.....

5. Qu'est-ce qui occasionne ou augmente votre douleur ?
What brings your pain on or aggravates your pain ?

- s'asseoir / sitting
 se tenir debout / standing
 se coucher / lying down
 marcher en montant une côte / walking up a hill
 marcher en descendant une côte / walking down a hill
 travailler penché vers l'avant / working bent forward
 se relever après s'être assis / rising from a sitting position
 trop longtemps en même position / too long in same posture
 autres / others

(spécifiez/specify) :

.....
.....
.....

6. Qu'est-ce qui diminue la douleur ?
What will decrease your pain ?

- s'asseoir / sitting
 se tenir debout / standing
 se coucher / lying down
 marcher en montant une côte / walking up a hill
 marcher en descendant une côte / walking down a hill
 travailler penché vers l'avant / working bent forward
 se relever après s'être assis / rising from a sitting position
 changer de position / changing posture
 autres / others

(spécifiez / specify) :

.....
.....
.....
.....
.....

7. Comment la douleur affecte-t-elle votre vie, votre travail, vos loisirs, etc. ?
How does this pain affect your life regarding work, leisure, etc. ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Est-ce qu'éternuer et tousser affectent votre douleur ?
Does sneezing and coughing affect your pain ?

OUI/YES NON/NO

9. Est-ce qu'une profonde respiration affecte votre douleur ?
Does a deep breath affect your pain ?

OUI/YES NON/NO

10. Avez-vous de la douleur la nuit ?
Do you have pain at night ?

OUI/YES NON/NO

11. Est-ce que votre douleur...
Is your pain...

- augmente/increasing
- demeure stable/stable
- diminue/decreasing

12. Comment vous sentez-vous le matin ?
How is your pain when getting up in the morning ?

- aucune douleur/no pain
- pire temps de la journée/worst time of the day

13. Souffrez-vous de l'arthrite rhumatoïde ?
Do you have rheumatoid arthritis ?

OUI/YES NON/NO

14. Avez-vous des difficultés à uriner quand la douleur est aiguë ?
Do you have any problem to urinate when the pain is severe ?

OUI/YES NON/NO

15. Avez-vous des étourdissements ?
Do you have dizziness ?

OUI/YES NON/NO

16. Quelles investigations avez-vous eues jusqu'à date ?
S.V.P. énumérez le nom des personnes consultées, les investigations faites, les traitements reçus.

What investigations have you had to date for your pain ?
Please list the health professionals you saw, the investigations done, the treatments received.

Nom/Name

Investigation

Traitements/Treatments

Durée/Duration

Nom/Name

Investigation

Traitements/Treatments

Durée/Duration

17. Avez-vous d'autres remarques ?
Do you have other comments ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Nom du patient

.....
Signature du patient

.....
Date

Envoyer à / Sent to : info@cproloc.ca