Appointment Policies

We ask that all patient respect the time of their appointment

We understand that patients are very busy, that their time is precious and that they do not like waiting.

We try as much as possible to respect the time of our patients and expects the same from our patients.

For that reason, we ask that all patients arrive 15 minutes prior to the appointment, so they may fill forms needed for the appointment.

If patients are late to the appointment, this means that we will be late for our other appointments. For this reason, we will not see patients who are more than 10 minutes late. Only if time permits, will they be seen, otherwise the secretary will offer another appointment.

Important

If you cannot come to your appointment, please call to let us know 72 hrs in advance.

Because of the complexity of the problems treated by our physicians, only a few patients can be seen per hour. There is a long waiting list of patients in severe pain waiting to be seen. If you call to advise us that you cannot come to your appointment, one of these patients can be helped.

Policy regarding missed appointment

A 72-hour notice is required if you wish to cancel your appointment, otherwise you will be charged a fee of 75$.

After 2 missed appointments, without a 72-hour notice, your chart will be closed, and no further visits will be given.

By signing, I have read and understand the appointment policy.

_____ _____

(Signature of patient) (Printed name of patient)

Date: _____

*Revised **July** 2021*

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. Xylocaine, 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 your 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

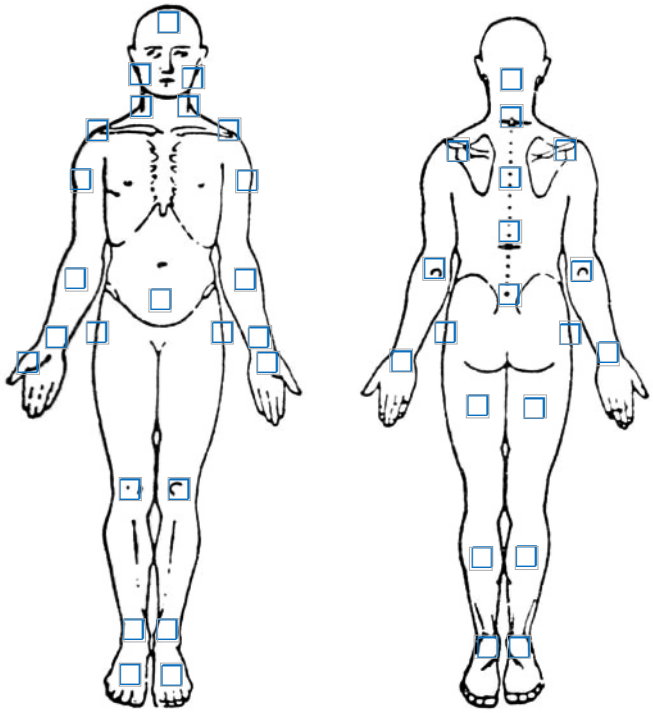
.....

.....

.....

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...

☐ continuelle / 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 rheumatoïde ?
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 professionnels 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

Save form

Send form