



MÉDECINE ORTHOPÉDIQUE
ORTHOPAEDIC MEDICINE

CLINIQUE - OTTAWA (ORLÉANS) - CLINIC

MÉDECINS DE FAMILLE PRATIQUANT LA MÉDECINE ORTHOPÉDIQUE
FAMILY PHYSICIANS PRACTICING ORTHOPAEDIC MEDICINE

Politique de Rendez-Vous

Nous demandons à tous les patients de respecter l'heure de leur rendez-vous

Nous comprenons que les patients sont très occupés, que leur temps est précieux et que personne n'aime attendre.

Nous essayons autant que possible de respecter le temps de nos patients et on s'attend que nos patients fassent de même.

Pour cette raison, nous demandons que tous les patients arrivent **15 minutes avant** leur rendez-vous, afin qu'ils puissent remplir les formulaires nécessaires pour le rendez-vous.

Si les patients arrivent en retard au rendez-vous, cela signifie que les médecins seront en retard pour les autres rendez-vous. Pour cette raison, nous ne verrons pas les patients qui sont plus que 10 minutes en retard. Seulement si le temps le permet, ces patients seront vus, sinon la secrétaire proposera un autre rendez-vous.

Important

Si vous ne pouvez pas vous rendre à votre rendez-vous, s'il vous plaît nous téléphonez 72 heures d'avance.

En raison de la complexité des problèmes traités, les médecins ne voient que quelques patients par heure. Il y a une longue liste de patients souffrants, qui attendent d'être évalués. Si vous appelez pour nous informer que vous ne pouvez venir à votre rendez-vous, un de ces patients pourra être vu.

Politique concernant les rendez-vous manqués

Un avis de 72 heures est requis si vous souhaitez annuler votre rendez-vous. Sinon des frais de 75\$ vous seront facturés.

Après 2 rendez-vous manqués, sans avis de 72 heures, votre dossier sera fermé et aucune autre visite ne sera donnée.

En signant, j'ai lu et compris la politique de rendez-vous.

(Signature du patient)

(Nom imprimé du patient)

Date: _____

Révisé Juillet 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 you presently taking medication for :

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------|
| Rhume | <input type="checkbox"/> | Cold or flu |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> | Hypertension |
| Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> | Heart problems |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| Paralysie | <input type="checkbox"/> | Stroke |
| Tuberculose | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> | Epilepsy |
| Dépression | <input type="checkbox"/> | Depression |
| Anémie | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| Migraine | <input type="checkbox"/> | Migraine |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | Cancer |
| Goutte | <input type="checkbox"/> | Gout |
| Maladie rénale | <input type="checkbox"/> | Kidney disease |
| Autres | <input type="checkbox"/> | 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

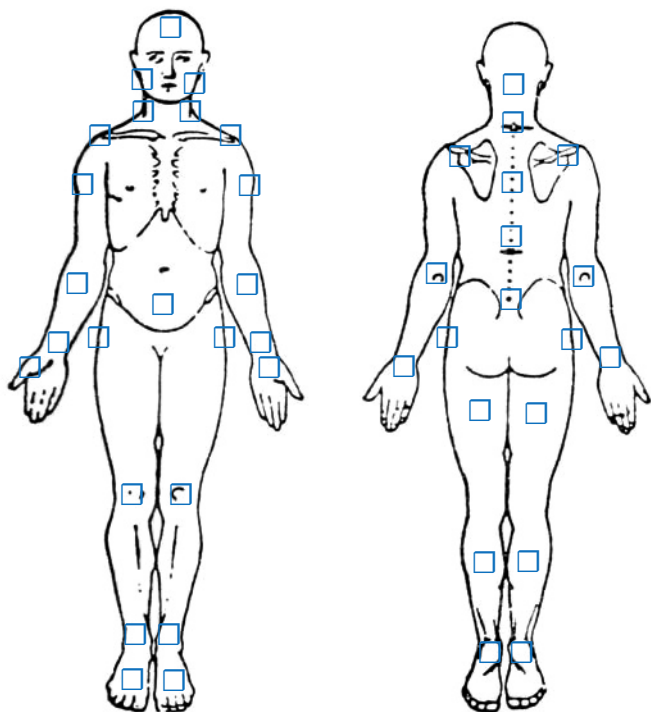
HISTOIRE DU PASSÉ/PAST HISTORY

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