

Bienvenue à la Clinique Podiatrique Dorval

Dossier: _____ **Date:** _____

Prénom: _____

Nom: _____

Veillez noter que toutes les informations recueillies dans ce questionnaire demeureront confidentielles.

Date de naissance (année/mois/jour): _____ **Âge:** _____ Femme Homme

Adresse: _____

Téléphone résidence: _____

Ville: _____

Téléphone cellulaire: _____

Code postal: _____

Téléphone au travail: _____

Courriel: _____

Médecin de famille: _____

Sa ville: _____

Comment avez-vous connu la clinique? Journaux Site web Affiche extérieure Référé par la famille/ami

Référé par un médecin Lequel? _____

Historique médicale:

Allergies/intolérances aux médicaments ou autres, cochez si applicable. Pas d'allergie

Iode Anesthésiants locaux Latex Codéine

Anti-inflammatoires Diachylon Sulfa

Autre: _____

Lister tous les médicaments, suppléments naturels et/ou vitamines que vous prenez: Aucun

Lister toutes vos chirurgies, blessures ou hospitalisations: Aucune

Êtes-vous fumeur? Oui Non Si oui, combien de cigarettes? ___ /jour – Depuis combien de temps? ___ ans

Avez-vous déjà fumé? Oui Non – Depuis combien de temps avez-vous cessé? ___ mois/années

Consommez-vous de l'alcool? Oui Non - Si oui, indiquez ___ verres/jour ou ___ verres/semaine

Consommez-vous des drogues? Oui Non – Si oui, lesquelles? _____ Fréquence _____

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

Diabète Problèmes de peau (ex: eczéma, psoriasis, infection de la peau ou ongles)

Arthrite rhumatoïde Problèmes respiratoires (ex: asthme, maladie pulmonaire)

Arthrose Condition cardiaque (ex: arrêt cardiaque, angine, blocage artériel)

Problèmes de reins Problème touchant le cerveau (ex: ACV)

Hypertension Problèmes neurologiques (ex: polio, Parkinson, paralysie cérébrale, SP)

Goutte Problèmes de circulation sanguine (jambes enflées, varices, phlébites, Raynaud)

Hypothyroïdie Problèmes digestifs (ex: ulcères d'estomac, maladie de Crohn)

Fibromyalgie Infection transmise sexuellement (ex: sida, syphilis, chlamydia, herpès)

Cholestérol Problème de santé mentale: _____

Hémorragie Cancer- si oui indiquez lequel: _____

Autres maladies / conditions _____

Je suis enceinte- combien de mois: _____ / semaines: _____ J'allaiter

Veillez noter que les consultations en podiatrie ne sont pas couvertes par la régie de l'assurance maladie du Québec.

Dossier: _____ **Date:** _____

Prénom: _____

Nom: _____

Pratiquez-vous des sports? Oui Non - Lesquels? _____

Que faites-vous comme travail? _____ Je travaille debout Assis(e) Retraité(e)

Mensurations:

Grandeur: _____ Poids: _____ Pointure de souliers: _____

Motif de consultation aujourd'hui:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation biomécanique | <input type="checkbox"/> Ongle incarné |
| <input type="checkbox"/> Orthèses plantaires | <input type="checkbox"/> Callosité |
| <input type="checkbox"/> Cors | <input type="checkbox"/> Évaluation pour une chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Verrue plantaire | <input type="checkbox"/> Couper les ongles |
| <input type="checkbox"/> Blessure sportive | <input type="checkbox"/> Ongle à champignon |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |

Type de douleur:

- | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Choc électrique | <input type="checkbox"/> Picotement | <input type="checkbox"/> Aiguille |
| <input type="checkbox"/> Élanement | <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Pincement | |

Quand la ressentez-vous?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Au lever | <input type="checkbox"/> Au repos |
| <input type="checkbox"/> Le jour | <input type="checkbox"/> En marchant |
| <input type="checkbox"/> La nuit | <input type="checkbox"/> En faisant du sport |

Localisation de la douleur:

La douleur / le 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

Politique de la clinique :

Vous devez aviser au moins 24 heures à l'avance pour toute annulation de rendez-vous. Des frais de 45\$ seront chargés pour un rendez-vous manqué sans avertissement ou annulé moins de 24 heures à l'avance. J'accepte la politique d'annulation. Je déclare que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont exacts et complets.

J'autorise le podiatre à prendre des photos de mes pieds pour joindre à mon dossier médical.

J'autorise ma podiatre à transmettre et divulguer mes informations médicales à mes assurances (si vous en avez) à des fins de remboursement ainsi qu'à mon médecin de famille si la situation médicale l'exige. La clinique podiatrique 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.

Signature: _____ Date: _____

Nom du parent ou tuteur en lettres moulées: _____