

## 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: \_\_\_\_\_

Pharmacie: \_\_\_\_\_

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: _____                  |

**Quand ressentez-vous la douleur?**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <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: \_\_\_\_\_