

QUESTIONNAIRE DU PATIENT

****Les soins podiatriques ne sont pas couverts par la régie de l'assurance maladie du Québec****

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS				
Prénom :		Nom :		
Si mineur, nom du responsable :				
Date de naissance :		Âge :		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :		Ville :		Code postal :
Courriel :		Tél :		Tél 2 :
Référé par : <input type="checkbox"/> Le guide de ma ville (bottin Ste-Julie) <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Journal <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Patient de la clinique <input type="checkbox"/> Médecin (nom) _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____				
Occupation :				
Grandeur :		Poids :		Pointure :
Médecin de famille :		Clinique :		
Souffrez-vous d'un problème de santé ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez) : _____				
<input type="checkbox"/> Coeur	<input type="checkbox"/> Goutte	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Système vasculaire	<input type="checkbox"/> Hépatite	<input type="checkbox"/> Cholestérol
<input type="checkbox"/> Phlébite	<input type="checkbox"/> Reins	<input type="checkbox"/> Arthrite / Arthrose	<input type="checkbox"/> Sida/V.I.H	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Système nerveux	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Prenez-vous des médicaments? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez) : Si vous avez une liste, pouvez-vous nous la fournir ? _____ _____				
Avez-vous des allergies ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (précisez) : _____				
RAISON DE LA VISITE				
<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Douleur pied	<input type="checkbox"/> Infection	<input type="checkbox"/> Oignon (Hallux valgus)	
<input type="checkbox"/> Orthèses plantaires	<input type="checkbox"/> Douleur talon	<input type="checkbox"/> Pied d'athlète	<input type="checkbox"/> Orteil marteau	
<input type="checkbox"/> Douleur dos	<input type="checkbox"/> Cors, callosités	<input type="checkbox"/> Lésion cutanée	<input type="checkbox"/> Fracture	
<input type="checkbox"/> Douleur genoux	<input type="checkbox"/> Ongles (sains et épais)	<input type="checkbox"/> Verrue plantaire	<input type="checkbox"/> Entorse	
<input type="checkbox"/> Douleur jambe	<input type="checkbox"/> Ongle incarné	<input type="checkbox"/> Mycose (champignon)	Autre : _____	
<input type="checkbox"/> Pied droit	<input type="checkbox"/> Pied gauche	<input type="checkbox"/> Deux pieds	Depuis combien de temps? _____	

Par la présente, j'autorise la Clinique podiatrique Sainte-Julie à communiquer un ou des renseignements contenus dans mon dossier à mes assurances et/ou à mon médecin traitant. Je m'engage à régler les frais encourus pour la présente visite et les subséquentes. Toutes les informations données ci-haut sont confidentielles.

Politique des rendez-vous manqués ou annulés

Nous avons le souci de vous offrir un service professionnel et complet. C'est pour cette raison que nous réservons le temps nécessaire dans notre horaire afin que vous ayez un traitement adéquat. Nous vous demandons donc de bien vouloir nous aviser **24h à l'avance** pour le déplacement ou l'annulation de votre rendez-vous afin que nous puissions redistribuer cette plage horaire à une autre personne. Des frais de **40\$** vous seront facturés si vous nous avertissez moins de 24h à l'avance ou si vous êtes absent à votre rendez-vous. En signant, vous attestez avoir pris connaissance de la politique de rendez-vous manqués ou annulés.

Merci de votre compréhension.

Signature : _____ Date : _____