

# Questionnaire d'inscription



CLINIQUE  
PODIATRIQUE  
DE SHAWINIGAN

Veillez noter que toutes les informations inscrites dans ce formulaire demeureront strictement confidentielles. S'il vous plait, prenez soin de remplir au complet les informations demandées ; celles-ci serviront à l'ouverture de votre dossier.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F / H

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél maison : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Tél.travail : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un podiatre ? : Oui  Non

Avez-vous des assurances qui couvrent les traitements podiatriques ? : Oui  Non

Pour un mineur ou en cas d'inaptitude, veuillez indiquer le nom de responsable : \_\_\_\_\_

## Historique médical

■ Médecin de famille : \_\_\_\_\_

■ Allergies ou intolérances (cochez) :

**Aucune allergie**

Anesthésiants locaux

Sulfa

Iode

Diachylon

Codéine

Pénicilline

Latex

Autres

Anti-inflammatoire

Fruit de mer

■ Inscrivez tous les médicaments que vous prenez incluant les produits naturels et/ou vitamines **ou le nom de votre pharmacie** :

\_\_\_\_\_

■ Inscrivez toutes les blessures au **membre inférieur** (tendinite, fracture, entorse, accident, etc) :

\_\_\_\_\_

■ Inscrivez toutes les chirurgies antérieures que vous avez eues (pontage, HAV, valve cardiaque, chirurgie vasculaire, prothèse hanche/genou, cheville) :

---

■ Êtes-vous fumeur ? Si oui, combien de cigarettes/jour. \_\_\_\_\_

■ Problèmes de santé (cochez) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problème de vision (glaucome, cataracte, ...)  | <input type="checkbox"/> Condition cardiaque (infarctus, insuffisance cardiaque, angine, souffle, ...) |
| <input type="checkbox"/> Problèmes auditifs (surdité)                   | <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde   |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (HTA)                  | <input type="checkbox"/> Arthrose  |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol                                    | <input type="checkbox"/> Problème de santé mentale   |
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> ITSS (sida, hépatite, syphilis, herpès)                                       |
| <input type="checkbox"/> Goutte   | <input type="checkbox"/> Insuffisance artérielle ou veineuse   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cérébraux (AVC)                      | <input type="checkbox"/> Problèmes dermatologiques (eczéma, zona, psoriasis, ...)                      |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie/Hyperthyroïdie                   | <input type="checkbox"/> Problèmes neurologiques (polio, spina bifida, ...)                            |
| <input type="checkbox"/> Hémorragies                                    | <input type="checkbox"/> Je suis enceinte (si oui, indiquez de combien de semaines)                    |
| <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires (asthme, MPOC, ...)    | <input type="checkbox"/> Autre _____   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes hépatiques (cirrhose, hépatite, ...) |  |
| <input type="checkbox"/> Cancer (si oui, indiquez lequel)               |  |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale                            |  |

### Historique personnel

- Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Pointure soulier : \_\_\_\_\_
- Quel est votre travail ? \_\_\_\_\_ Travaillez-vous ? assis  debout
- Pratiquez-vous des sports ? Si oui, détaillez. \_\_\_\_\_

### Motif de la consultation (cochez)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soin de pied (corne, ongle épais, ...) | <input type="checkbox"/> Évaluation biomécanique          |
| <input type="checkbox"/> Cor                                    | <input type="checkbox"/> Orthèses plantaires              |
| <input type="checkbox"/> Ongle incarné                          | <input type="checkbox"/> Douleur (talon, genou, dos, ...) |
| <input type="checkbox"/> Verrue plantaire                       | <input type="checkbox"/> HAV (oignon) / Orteil marteau    |

### Où avez-vous entendu parler de la clinique (cochez)

Nouvelliste / Hebdo

Amis / Famille

En passant

Facebook

Médecin

Autres professionnels de la santé (chiro, physio, infirmière, ...)

Site Web

Radio

Autres (spécifier) \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_