

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 complet
Date de naissance
Numéro d'assurance maladie et expiration (RAMQ)
Assurance privé <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
Adresse
Téléphone principal
Adresse courriel
Pour un mineur (14 ans et -) ou cas d'inaptitude, indiquez le nom du responsable

Historique personnel

- Poids : _____ Taille : _____ Pointure soulier : _____
- Quel est votre travail ? _____ Travaillez-vous ? assis debout

Historique médical

- Médecin de famille : _____
- Allergies ou intolérances (cochez) :
 - Aucune allergie**
 - Iode
 - Pénicilline
 - Anti-inflammatoire
 - Anesthésiants locaux
 - Diachylon
 - Latex
 - Fruit de mer
 - Sulfa
 - Codéine
 - Autres
- Inscrivez **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. _____

▪ Avez-vous déjà consulté un podiatre ? : Oui Non

▪ 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 | |

Motif de la consultation (cochez)

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

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

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nouvelliste / Hebdo | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Site Web |
| <input type="checkbox"/> Amis / Famille | <input type="checkbox"/> Autres professionnels de la santé (chiro, physio, infirmière, ...) | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> En passant | | <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) _____ |
| <input type="checkbox"/> Facebook | | |

Je consens à ce que la clinique utilise mes renseignements personnels à des fins strictement médicales et pour l'usage interne. Je suis conscient que je peux en tout temps retirer mon consentement. En cas de demande de communication externe, un consentement vous sera demandé dans cette situation.

Je consens à ce que le podiatre concerné puisse consulter mes résultats via le DSQ afin de pouvoir mieux me traiter au sein de la clinique. (Dossier Santé Québec)

Je comprends qu'en cas d'annulation sans préavis de 48h, des frais de 25\$ pourraient vous être facturés.

Signature : _____

Date : _____