



## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  H  F

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pointure de chaussure : \_\_\_\_\_

**Nom du parent/tuteur si moins de 18 ans :** \_\_\_\_\_

Quel mode de confirmation préférez-vous ?  Téléphone  Courriel

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

**Raison de la consultation :** \_\_\_\_\_

### Référé par :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Site internet | <input type="checkbox"/> Médecin                         |
| <input type="checkbox"/> Facebook      | <input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Pages jaunes  | <input type="checkbox"/> Famille/amis                    |
| <input type="checkbox"/> Les journaux  | <input type="checkbox"/> Enseigne extérieure             |
| <input type="radio"/> Le Nord          | <input type="checkbox"/> Publisac/Envois postaux         |
| <input type="radio"/> Des Citoyens     | <input type="checkbox"/> Autre : _____                   |
| <input type="radio"/> Pays-d'en-Haut   |  |

### Politique d'annulation de rendez-vous

Veillez, s'il-vous-plâit, nous aviser un minimum de 24h à l'avance si vous désirez annuler ou déplacer un rendez-vous.

Des frais de 45\$ peuvent s'appliquer dans le cas où cette mesure n'est pas respectée.

## État de santé global

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_

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

### Problème(s) de santé présent(s) : (Cochez s'il y a lieu)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme            | <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Maladie de peau<br>(psoriasis, eczéma) |
| <input type="checkbox"/> Arthrite          | <input type="checkbox"/> Goutte   | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs                     |
| <input type="checkbox"/> Arthrose          | <input type="checkbox"/> Hépatite ou cirrhose                           | <input type="checkbox"/> Troubles nerveux                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer            | <input type="checkbox"/> Hypertension                                   | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens                   |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Infections transmises<br>sexuellement (I.T.S.) | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux                        |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____     |   |   |

Médicament(s) : (ne pas remplir cet espace si vous avez remis votre liste à la secrétaire)

---

---

Avez-vous des allergies ?  Non, si oui lesquelles : \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous le devenir bientôt ?  Oui  Non

Allaitez-vous ?  Oui  Non

Êtes-vous fumeur(se) ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou ?  Oui  Non

Je, soussigné, déclare que les informations sur ce formulaire sont vraies et complètes.

Je comprends que les frais de consultations et de traitements **ne** sont **pas** couverts par le régime d'assurance maladie.

Je comprends et j'accepte la politique d'annulation mentionnée ci-haut.

J'autorise la clinique à communiquer avec ma pharmacie ou tout autre professionnel de la santé concernant mon dossier si nécessaire.

Signature : \_\_\_\_\_