

Podiatre : _____

Date : _____

FORMULAIRE DU NOUVEAU PATIENT

INFORMATIONS PERSONNELLES

Veuillez prendre note que les services podiatriques ne sont pas couverts par la RAMQ.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ TÉLÉPHONE PRINCIPAL: _____

ADRESSE : _____ TÉLÉPHONE (AUTRE): _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

COURRIEL : _____

PROFESSION/OCCUPATION : _____

TAILLE : _____ POIDS : _____ POINTURE DE CHAUSSURES : _____

NOM DU PARENT/TUTEUR SI MOINS DE 18 ANS : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : _____ TÉLÉPHONE : _____

RAISON DE LA CONSULTATION : _____

RÉFÉRÉ PAR (SI APPLICABLE) : _____

AVEZ-VOUS DES ASSURANCES QUI COUVRENT LES SOINS PODIATRIQUES?

OUI NON

QUEL MODE DE CONFIRMATION DE RENDEZ-VOUS PRÉFÉREZ-VOUS UTILISER?

TÉLÉPHONE COURRIEL TEXTO

Verso à compléter

INFORMATIONS MÉDICALES

NOM DE VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE : _____ **DERNIÈRE VISITE :** _____

NOM DE VOTRE PHARMACIE : _____

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS? (SI OUI, LESQUELS? OU VOUS POUVEZ NOUS FOURNIR LA LISTE)

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES? (SI OUI LESQUELLES?) _____

ÊTES-VOUS ENCEINTE? OUI NON **ALLAITEZ-VOUS?** OUI NON

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT DE (SI OUI COCHEZ):

- DIABÈTE**
- ARTHRITE/ARTHROSE**
- TENSION ARTÉRIELLE** **HAUTE** **BASSE**
- TROUBLES CARDIAQUES**
- ANÉMIE**
- ÉPILEPSIE**
- TROUBLES DIGESTIFS / ULCÈRES D'ESTOMAC**
- TROUBLES THYROÏDIENS**
- HÉPATITE A, B OU C, CIRRHOSE**
- ÊTES-VOUS SÉROPOSITIF OU SIDÉEN?**
- AVEZ-VOUS EU UNE CHIRURGIE DE REMPLACEMENT DE LA HANCHE OU DU GENOU?**
- FUMEZ-VOUS?**
- AUTRE :** _____

- AFIN DE POUVOIR ASSURER UN SERVICE DE QUALITÉ ET ADAPTÉ À CHAQUE PATIENT, MENTIONNEZ-NOUS SI VOUS OU VOTRE ENFANT AVEZ UN OU DES BESOIN(S) PARTICULIER(S) :**

*N.B. UN PATIENT QUI NE SE PRÉSENTE PAS À SON RENDEZ-VOUS, SANS NOUS EN AVERTIR AU MOINS 24 HEURES À L'AVANCE, VERRA SON RENDEZ-VOUS CONSIDÉRÉ COMME SERVICE REÇU. TOUT RENDEZ-VOUS MANQUÉ, PEUT DONC COMPORTER DES FRAIS. COMPRENEZ QUE CE DÉLAI NOUS DONNE L'OPPORTUNITÉ D'OFFRIR CETTE PLAGE HORAIRES À UN AUTRE PATIENT.

Signature : _____ **Date :** _____