



580 route des Rivières, suite 202, Lévis (Qc), G7A 2T6 | Téléphone : (418) 831-0222 | Télécopieur : (418) 831-7772

Nous localiser : Nous sommes situés en face de la bibliothèque municipale, juste à côté de Créations Reka (Benjamin Moore). Attention, nous ne sommes pas dans la Clinique Lévis Les Rivières!

Vous devez enregistrer d'abord ce PDF sur votre ordinateur (vous ne pouvez pas le faire via votre cellulaire), puis le modifier à l'endroit où vous l'avez sauvegardé. Merci de nous le retourner par courriel au podiatrestnicolas@gmail.com dès qu'il est complété. Si vous éprouvez des difficultés, merci de nous contacter.

Vous trouverez peut-être ce formulaire un peu long : nous le savons. Mais rappelez-vous que de meilleurs examens et de meilleurs questionnaires font de meilleurs diagnostics! Nous ne laisserons rien au hasard concernant votre enfant.

Ouverture de dossier **enfant**

dossier (laissez la ligne vide pour la réceptionniste) : _____

Prénom de votre enfant : _____ Nom de votre enfant : _____ Sexe : ☐ F / ☐ H

Date de naissance : _____ Poids : _____ Taille : _____ Pointure actuelle : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone : _____

Nom complet des deux parents : _____

Courriel* : _____ **En fournissant votre adresse e-mail dans ce formulaire, vous consentez à recevoir vos reçus et confirmations de rendez-vous par e-mail. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces communications par e-mail, veuillez laisser ce champ vide.*

Qui accompagne l'enfant lors du rendez-vous : _____

Nom du médecin de famille : _____ Nom de la pharmacie habituelle : _____

Où avez-vous obtenu nos coordonnées :

- ☐ Référence d'un médecin, physiothérapeute ou chiropraticien
- ☐ Autre référence : _____
- ☐ Référence d'un autre patient/parent
- ☐ Site web
- ☐ En passant devant
- ☐ Pages jaunes
- ☐ Facebook

Votre enfant a-t-il des allergies connues? ☐ Oui ☐ Non Allergies alimentaires : _____

Allergie à un médicament : _____ Autres allergies : _____

Chirurgies précédentes (tout le corps, pas seulement les pieds) : _____

☐ Mon enfant n'a jamais eu de chirurgie.

Médicaments & produits naturels : _____

☐ Mon enfant ne prend pas de médicaments, ni de produits naturels.

SVP avoir votre liste exacte de ses médicaments avec le dosage et le prescripteur. Pour obtenir cette liste :

- **Vous pouvez appeler votre pharmacie afin qu'elle nous télécopie sa liste (notre fax : 418-831-0222).**
- **Vous pouvez aller directement à votre pharmacie pour demander sa liste et nous l'apporter.**
- **Vous pouvez aller sur le site web de votre pharmacie afin d'avoir sa liste dans vos renouvellements.**
- **Si vous ne parvenez pas à obtenir sa liste, notre réceptionniste vous fera signer une feuille afin que votre pharmacie nous l'achemine lors de votre rendez-vous.**

Motif de la consultation :

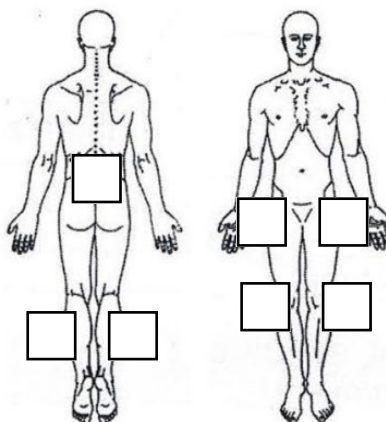
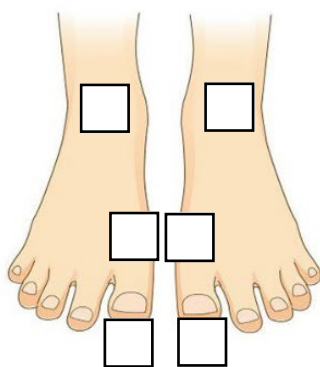
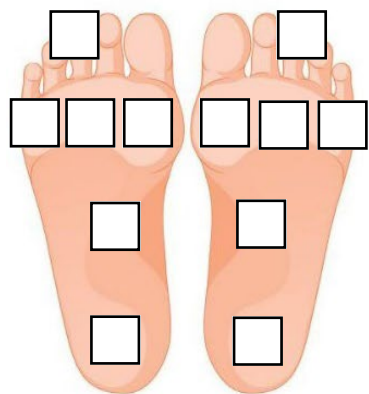
- ☐ Mon enfant a des douleurs
- ☐ Je veux faire évaluer le besoin d'orthèses plantaires
- ☐ Dépistage général sur la posture/biomécanique
- ☐ Mon enfant marche de façon anormale
- ☐ Mon enfant a un ongle incarné
- ☐ Mon enfant semble avoir une verrue plantaire
- ☐ Autre : _____

Depuis combien de temps souffre-t-il de ce problème? _____

Quels autres traitements il a reçu pour cela? _____

Votre enfant a-t-il une perte de poids /fatigue inhabituelle /fièvre ? ☐ Oui ☐ Non

SVP cochez la région de la problématique de votre enfant :



Dans l'optique de guider mes interactions avec votre enfant, y aurait-il une ou des informations pertinentes le concernant que vous aimeriez me communiquer? (par exemple : anxiété, autisme, peur des étrangers, etc.) :

Est-ce que votre enfant a déjà eu ces pathologies?

	Oui ☐	Précisez
Cancer	Oui ☐	
Chimiothérapie actuelle ou passée	Oui ☐	
Radiothérapie actuelle ou passée	Oui ☐	
Hypertension artérielle	Oui ☐	
Trouble cardiaque	Oui ☐	
Problème sanguin (anémie, coagulation)	Oui ☐	
Diabète	Oui ☐	
Troubles hépatiques (foie)	Oui ☐	
Troubles pulmonaires/asthme	Oui ☐	
Maladie ou trouble de l'intestin	Oui ☐	
Trouble œsophage ou estomac (reflux, ulcère, etc.)	Oui ☐	
Troubles rénaux/insuffisance rénale	Oui ☐	
Troubles des organes reproducteurs	Oui ☐	
Troubles endocriniens (glandes/hormones)	Oui ☐	
Présence de tige ou vis ou plaque métallique	Oui ☐	
Fracture/dislocation/entorse/tendinite	Oui ☐	
Arthrose/arthrite	Oui ☐	
Problème de peau (psoriasis, eczéma, etc.)	Oui ☐	
Douleur au dos	Oui ☐	
Douleur aux hanches	Oui ☐	
Douleur aux genoux	Oui ☐	
Troubles nerveux (dépression, etc.), neurologique ou cérébral	Oui ☐	
VIH/SIDA	Oui ☐	
Hépatite B, Hépatite C, ou autre hépatite	Oui ☐	
Autre(s) maladie(s)	Oui ☐	
Mon enfant n'a pas de maladie connue ☐		

Il est de votre responsabilité d'informer le podiatre pour tout changement de l'état de santé de votre enfant au courant des traitements (par exemple s'il a des nouvelles allergies ou des nouveaux médicaments).

Annulation ou absence à un rendez-vous : Pour toute absence ou toute annulation sans préavis de 24 heures, le parent s'expose à des frais de 20\$.

Aucune garantie de succès sur les actes médicaux : La podiatrie, au même titre que la dentisterie, la physiothérapie et la médecine, n'offre pas de garantie de succès. Ceci est vrai pour tous les traitements, incluant les orthèses.

Autorisation de collaboration interprofessionnelle : Le podiatre pourra communiquer avec le médecin du patient ou tout autre professionnel de la santé, si votre condition le requiert.

Photos : Dans certaines conditions médicales, des photos de la lésion / des jambes / des pieds pourront être nécessaires.

Les podiatres pratiquent tous au privé (hors de la RAMQ) : Les consultations podiatriques ne sont pas couvertes par la RAMQ, mais par la plupart des régimes d'assurances privées. C'est la responsabilité du parent de vérifier s'il peut être remboursé par son assureur. Tous les podiatres pratiquent hors-RAMQ. La liste de tarifs est disponible à la réception de la clinique. N'hésitez pas à la consulter! Nous vous remettons un reçu à chaque visite. Il est à noter que chaque visite comporte des frais.

Afin d'apposer votre signature, merci inscrire votre nom complet (parent) : _____

Date de la signature: _____