



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.

Numéro de dossier (laissez cette ligne vide pour la réceptionniste) : _____

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : _____

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

Adresse & ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Téléphone (autre) : _____

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.

Profession : _____ Nom de votre pharmacie habituelle : _____

Nom des deux parents (si moins de 18 ans) : _____

Personne à contacter en cas d'urgence (nom et téléphone) : _____

Nom de votre médecin de famille : _____ Je n'ai pas de médecin de famille ☐

avez-vous obtenu nos coordonnées ?

- ☐ Référence d'un ami, connaissance ou d'un membre de votre famille
- ☐ Référence d'un autre professionnel de la santé
- ☐ Site web
- ☐ En passant devant
- ☐ Pages Jaunes Internet
- ☐ Autre : _____

Est-ce que vous êtes enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que vous prévoyez l'être bientôt ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que vous allaitez ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des allergies ? ☐ Oui ☐ Non Allergies alimentaires : _____

Allergie à un médicament : _____ Autres allergies : _____

Motif(s) de la consultation :

- ☐ Douleur à un pied ou à une cheville
- ☐ Orthèses plantaires
- ☐ Examen de mes pieds, de ma démarche et de ma posture
- ☐ Soins de pieds
- ☐ Ongle incarné / problème à un ongle
- ☐ Champignon au niveau des ongles
- ☐ Verrue plantaire
- ☐ Autre : _____

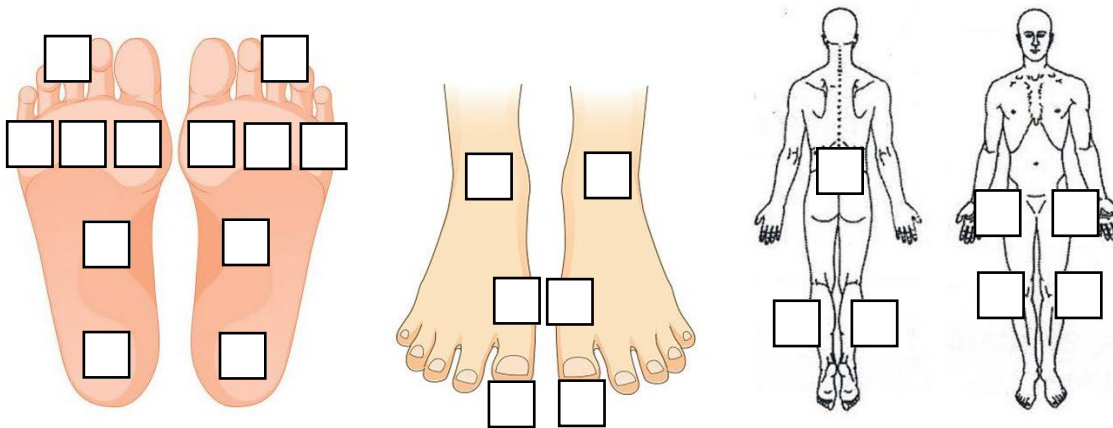
Depuis combien de temps avez-vous ce problème (environ)? : _____

Quels autres traitements avez-vous eus pour ce même problème? _____

Comment décrivez-vous la douleur? ☐ Brûlement ☐ Aiguille ☐ Engourdissement ☐ Tirement Autre : _____

Est-ce que la douleur vous réveille la nuit? ☐ Oui ☐ Non Est-ce que vous fumez? ☐ Oui ☐ Non

SVP cochez l'endroit de votre pathologie :



Médicaments & produits naturels : _____

- ☐ Je ne prends pas de médicaments ni de produits naturels

SVP avoir votre liste exacte de vos médicaments avec le dosage et le prescripteur. Pour obtenir cette liste, il y a plusieurs possibilités :

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

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

- ☐ Je n'ai jamais subi de chirurgies

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de ces maladies (cochez) :

	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 ☐	
A déjà eu examen de la circulation sanguine des jambes	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 (prostate, ovaire, utérus, etc.)	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 ☐	
Je n'ai pas de maladie connue ☐		

Changement de santé au cours de vos traitements : Il est de votre responsabilité d'informer le podiatre pour tout changement de votre état de santé (par exemple si vous devenez enceinte, si vous avez de nouvelles allergies).

Annulation ou absence à un rendez-vous : Pour toute absence ou toute **annulation sans préavis de 24 heures, le patient 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 ou dans le cas d'une référence d'un autre professionnel.

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

Les podiatres pratiquent tous au privé : Les consultations podiatriques ne sont pas couvertes par la RAMQ, mais par la plupart des régimes d'assurances privées. C'est la responsabilité du patient de vérifier s'il peut être remboursé par son assureur. La liste de tarifs est disponible en tout temps 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 d'inscrire votre nom complet : _____

Date de la signature : _____