

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_ J/ \_\_\_\_ M/ \_\_\_\_ A Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: H / F / Autres: \_\_\_\_\_

Tél. (rés.): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (bur.): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (cell.) : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ Grandeur: \_\_\_\_\_ Fumeur : O / N

Courriel : \_\_\_\_\_ Compagnie d'assurances : \_\_\_\_\_

**Motif de consultation :** \_\_\_\_\_ **Problème depuis ?** \_\_\_\_\_

Pointure des chaussures: \_\_\_\_\_ Médecin de famille: \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies connues? Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous ou avez déjà souffert de:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète                               | <input type="checkbox"/> Hypertension       | <input type="checkbox"/> Problème de rein    |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque                    | <input type="checkbox"/> Goutte             | <input type="checkbox"/> Maladie des poumons |
| <input type="checkbox"/> Problème des veines ou<br>des artères | <input type="checkbox"/> Arthrite/arthrose  | <input type="checkbox"/> VIH                 |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol sanguin élevé             | <input type="checkbox"/> Problème du foie   | <input type="checkbox"/> Épilepsie           |
|  | <input type="checkbox"/> Problème d'estomac | <input type="checkbox"/> Cancer : _____      |

Autres: \_\_\_\_\_ Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, cochez ici: \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments de façon régulière? Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une chirurgie? Si oui laquelle? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu la clinique ? : Facebook : \_\_\_\_ Site internet : \_\_\_\_ Journal : \_\_\_\_\_

Parents/amis : \_\_\_\_ Référence médicale : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Autorisation:

Je certifie avoir rempli ce formulaire au meilleur de mes connaissances. Je comprends que les frais podiatriques ne sont pas couverts par la R.A.M.Q. et que je devrai payer les frais encourus suite à la consultation.

Prenez note que **toute annulation dans les derniers 24 hrs peut entrainer des frais de 35\$.**

Nom du parent ou tuteur (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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