Information du patient

Nom: _____ Prénom _____ No RAMQ _____

Nom de fille: _____ Date de naissance: _____ (Y) (M) (D) Âge: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone (rés): (____) - _____ Travail: (____) - _____ Poste: _____

Cellulaire: (____) - _____ Courriel: _____

Personne à contacter en cas d'urgence: Nom & # de téléphone: _____

Genre de travail: (bureau, manutention, ordinateur...): _____

Occupation: _____ Nom de l'employeur: _____

Activités sportives: _____

Raison de la consultation: _____

Comment avez-vous connu notre clinique? S.V.P. spécifiez

❒ Par un médecin (nom): _____ ❒ Par un thérapeute, nom de la clinique: _____

❒ Vous étiez précédemment notre patient: _____

❒ Par un autre patient, Nom: _____

PUBLICITÉ: ❒ Journaux ❒ Pharmacies ❒ Hôpitaux ❒ Clinique
❒ Gym ❒ Site Internet ❒ Autres: _____

Nom de votre médecin de famille: _____ Date du dernier examen complet: _____

Est-ce que votre blessure est survenue sur les lieux du travail ou est-ce le résultat d'un accident d'automobile?

Oui ❒ Non ❒

Date de l'événement: _____ Nº. dossier SAAQ: _____

Nº. dossier CSST: _____

Pour offrir un service de qualité, nous avons besoin de votre collaboration. Nous vous demandons:

a) De nous aviser 24 heures à l'avance pour les changements de rendez-vous. **Des frais d'annulation de 50% du service** seront facturés et payables avant votre prochain rendez-vous. Cet avis de 24 heures nous permet d'offrir le rendez-vous à une autre personne et permet à votre thérapeute de réorganiser son horaire tout en n'étant pas pénalisé(e) par votre absence. Votre collaboration est grandement appréciée.
b) De **vous présenter 5 minutes avant l'heure de votre rendez-vous.**
c) D'utiliser les **vestiaires** pour vos vêtements de ville et d'apporter un cadenas au besoin.

Les services offerts à notre clinique sont variés, S.V.P. vous assurer que **vos assurances** couvrent bien les frais du professionnel consulté. Le patient a la responsabilité de se procurer une **prescription médicale si nécessaire**. Les reçus sont émis au nom de la personne traitée, à la date et montant précis du service.

Dans certaines cliniques, un bain de pied et une salle de douche sont disponibles.

Signature _____ Date _____ **S.V.P. compléter le verso**

À l'usage de la clinique:

Ouverture du dossier par: _____ Référé par: _____ Date: _____

Information du patient

Afin de permettre à votre thérapeute de vous traiter de façon sécuritaire, nous devons connaître les informations suivantes sur votre état de santé et vos habitudes de vie. Ne vous préoccupez pas des questions incertaines, votre thérapeute répondra avec vous. Nous vous remercions de votre collaboration.

Êtes-vous présentement en traitement avec un autre professionnel de la santé? Oui ❒ Non ❒
Pour quelle(s) raison(s)? _____ Profession: _____

	Oui	Non	Détails
• Êtes-vous présentement enceinte?	❒	❒	
• Grossesse(s) et accouchement(s) (nombre et année)			

Avez-vous déjà souffert, ou souffrez-vous présentement des conditions suivantes?

• Troubles digestifs	❒	❒	
• Maux de tête	❒	❒	
• Insomnie	❒	❒	
• Problèmes orthopédiques (incluant fracture(s))	❒	❒	
• Traumatismes majeurs (accidents, chutes)	❒	❒	
• Ostéoporose	❒	❒	
• Maladies inflammatoires (ex.: polyarthrite chronique évolutive)	❒	❒	
• Infections majeures	❒	❒	
• Troubles cardiaques (ex.: hypertension, angine, infarctus)	❒	❒	
• Troubles respiratoires (ex.: asthme, emphysème)	❒	❒	
• Faites-vous de la fièvre présentement? *Si oui, spécifiez:* _____	❒	❒	
• Avez-vous perdu du poids de façon significative dans les 6 derniers mois?	❒	❒	
• Avez-vous des implants métalliques?	❒	❒	
• Portez-vous des verres de contact, lunettes?	❒	❒	
• Consommez-vous de l'alcool sure une base régulière? *Si oui, spécifiez:* _____	❒	❒	
• Êtes-vous fumeur(euse)?	❒	❒	
• Avez-vous déjà été opéré(e)?	❒	❒	

Liste des chirurgies — Année

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

• Allergies (médicaments, cutanées, respiratoires, alimentaires)	❒	❒	

Si oui, lesquelles? _____
Réactions à ces allergies: _____

• Quels médicaments prenez-vous et pourquoi? _____

Nous vous remercions de la marque de confiance démontrée en choisissant notre clinique.

Réservé au thérapeute: