



CONFIDENTIEL

Nom	Prénom	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/>
		Masculin <input type="checkbox"/>
Adresse	Rue ou Avenue (précisez) Ville	Code postal
Tél. résidence	Tél. travail <input type="checkbox"/> ou cellulaire <input type="checkbox"/> :	Date de naissance : J / M / A / /
Adresse courriel :		

N.B. : si personne de moins de 18 ans, veuillez nous indiquer le nom d'un parent et numéro de téléphone.

Nom/prénom : _____

Téléphone : _____

- Avez-vous déjà subi une chirurgie ou été hospitalisé? oui non
Si oui, pour quelle raison? _____
- Prenez-vous des médicaments présentement? oui non
Si oui, lesquels? _____
- Fumez-vous? oui non
- Avez-vous constaté une variation importante de votre poids? oui non
- Êtes-vous droitier (ère) ou gaucher (ère) D G
- Nom de votre médecin : _____
- Raison de la consultation en physiothérapie : _____
- Est-ce suite à un accident de travail (CSST) : oui non
- Est-ce suite à un accident d'auto (SAAQ) : oui non
- Si assurances privées, nom de la compagnie d'assurances : _____
- Votre emploi actuel ou si retraité, votre emploi antérieur: _____
- **Par qui ou comment avez-vous été référé à la clinique de Physiothérapie de la Mauricie :**

Avez-vous déjà rencontré ou rencontrez-vous actuellement un ou plusieurs problèmes médicaux suivants?

	NON	OUI	PRÉCISEZ
Arthrite/arthrose/goutte/fibromyalgie			
Problème cardiaque (angine, pontage)			
Douleur à la poitrine, souffle court			
Enflures aux extrémités des membres			
Examens sanguins anormaux, anémie			
Hémophilie			
Saignements anormaux, contusions faciles			
Asthme, bronchite, emphysème, pneumonie			
Basse pression, haute pression			
Étourdissements, perte de conscience			
Hépatite (jaunisse), maladie du foie			
Troubles rénaux			



	NON	OUI	PRÉCISEZ
Implantation métallique (vis, plaque)			
Appareil auditif			
Tuberculose, toux persistante			
Sclérose en plaques			
Problème d'estomac/ulcère			
Allergie			
Accident cérébrovasculaire(paralyse)			
Migraines			
Infection active			
Séropositif / sida			
Diabète / Hypoglycémie			
Mononucléose			
Tumeur cancéreuse si oui, quelle année :			
Traitement aux radiations, pour tumeur ou autre			
Plaies qui n'ont pas guéri en dedans d'une semaine			
Stimulateur cardiaque			
Ostéoporose/ostéopénie			
Cholestérol			
Épilepsie			
Phlébite présente ou antérieure			

FEMME	NON	OUI	PRÉCISEZ
Êtes-vous enceinte?			
Êtes-vous dans la ménopause?			
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle			
Stérilet			

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et je consens à recevoir les traitements de physiothérapie requis pour ma condition. Prendre note que si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à votre rendez-vous, veuillez nous en aviser « **au moins 24 heures à l'avance** », sinon des frais de \$20.00 vous seront facturés sauf s'il y a motif valable (maladie, r-v- médical, etc.). Prendre note que cette politique s'applique à toute notre clientèle, que ce soit CSST, SAAQ ou privé et qu'il n'y aura pas de reçu émis pour les assurances

Signature _____ Date _____

Merci d'avoir pris quelques minutes de votre temps pour nous aider à mieux vous servir.