

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Mois/Jour/Année

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_  
 Numéro/Rue/Appartement Ville Code Postal

Num. de tél à Domicile

Numéro de travail

Cellulaire

**Voulez recevoir un courriel pour vous rappelez de votre rendez-vous ? : OUI / NON**

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Avez-vous des assurances privées? Oui Non Quelle compagnie? \_\_\_\_\_

**INFORMATION MÉDICALE:**

Référé par: Dr. \_\_\_\_\_ Docteur de famille: Dr. \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS LES PROBLÈMES MÉDICAUX SUIVANTS (VEUILLEZ ENCERCLER):**

Diabète	Oui	Non	Cancer	Oui	Non
Hypertension Artérielle	Oui	Non	Allergies	Oui	Non
Arrêt Cardiaque	Oui	Non	Chirurgie	Oui	Non
Pacemaker	Oui	Non	Convulsions	Oui	Non
Mal de tête	Oui	Non	Implants métalliques	Oui	Non
Désordre nerveux	Oui	Non	Étourdissements	Oui	Non
Êtes-vous enceinte	Oui	Non			

**Veillez encercler la réponse appropriée:**

Avez-vous de la douleur aux pieds ?	Oui	Non
Avez-vous de la douleur ou talon régulièrement ?	Oui	Non
Avez-vous des problème de pieds visibles (oignons, pieds plats, cors)	Oui	Non
Avez-vous des jambes fatiguées ou endormies ?	Oui	Non
Avez-vous des pieds, chevilles, ou jambes enflées ?	Oui	Non
Est-ce que vous êtes en position assise ou debout pendant de longues périodes de temps durant la journée ?	Oui	Non
Avez-vous des varices ?	Oui	Non

Avez-vous des jambes veineuses ?	Oui	Non
Êtes-vous un fumeur/une fumeuse ?	Oui	Non
Êtes-vous immobile la plupart de la journée ?	Oui	Non

**Avez-vous d'autres problèmes de santé:** \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? OUI NON

Si OUI, énumérez svp les médicament(s) et pour quelle(s) condition(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Je comprends que des frais de 75 \$ me seront facturés pour tout rendez-vous manqué sans préavis d'au moins 24 heures pour l'annulation ou le report, ce préavis devant être donné durant les jours ouvrables (du lundi au vendredi).**

**JE SUIS RESPONSABLE DE MES PAIEMENTS POUR MES SESSIONS DE TRAITEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE.**

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature

**Consentement Pour Recueillir et Divulguer des Renseignements Personnels de Santé**

Je permets à ActiveCare physiothérapie – Orleans de recevoir et de partager les renseignements ce rapportant à ma condition et mon traitement avec les professionnels médicaux appropriés. Ce consentement est considéré valide pendant un (1) an à partir de la date de signature. Toutes photocopies et télécopies seront valide si requit comme preuve de consentement.

**Consentement d'Évaluation et de Traitement**

Je donne mon consentement à participer à l'évaluation / traitement de physiothérapie, qui peut comprendre:

(a) Accès à mon historique médicaux; (b) L'histoire de ma blessure actuelle; (c) Un examen physique, comprenant la palpation de la zone douloureuse, et des tentatives de mouvement actif et passif.

Je comprends que, à l'issue de l'évaluation, le/la physiothérapeute va m'informer au sujet de mes options de traitements.

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Imprimer votre nom S.V.P.

**Dr. Aeta et Dr. Aubin  
ont un intérêt avec ActiveCare physiothérapie - Orleans.  
Vous avez la choix de choisir n'importe quel fournisseur.**