

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom :		Date de naissance :	
Prénom :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre	
Assurance Maladie (RAMQ) :		Date d'expiration :	
Cellulaire :	Domicile :	Travail :	
Courriel :			
Adresse principale :		App :	
Ville :		Code postal :	
Taille :	Poids : <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lbs	Nationalité :	
Profession :		<input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Aux études	

## RESPONSABLE LÉGAL POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS

Nom et prénom :		Téléphone :	
Courriel :			
Relation : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Tuteur/tutrice <input type="checkbox"/> Autre :			
Les parents sont-ils séparés ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		Si oui le patient vit avec :	

## COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOTRE CLINIQUE?

<input type="checkbox"/> Par un proche	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Recherche internet	<input type="checkbox"/> Publicité locale
<input type="checkbox"/> Par un professionnel de la santé	<input type="checkbox"/> Instagram	<input type="checkbox"/> Clic-santé	<input type="checkbox"/> Radio / journal / TV
Référé par :		Consentez-vous à recevoir notre infolettre par courriel ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	

## PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DU PATIENT

Médecin traitant :	Fax :
Hôpital/Clinique :	Tél :
Pharmacie :	Fax :
Adresse pharmacie :	Tél :

## INFORMATIONS MÉDICALES CONFIDENTIELLES

Pour nous aider à faire une meilleure évaluation de la condition du patient, veuillez remplir ce questionnaire sur son état de santé aux meilleurs de vos connaissances.

Allergies / Intolérances et réactions occasionnées :	
Médicaments pris à tous les jours (y compris contraception) :	
Antibiotiques pris dans les 3 derniers mois :	

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ACTUELS ET PASSÉS

	Oui	Non	Détails
Diabète (Type?) / Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes cardiaques (hypertension, angine/AVC, cholestérol, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cancer (type et années)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles neurologiques (tunnel carpien, épilepsie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes respiratoires (asthme, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes dermatologiques (acné, eczéma, psoriasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouble Santé Mentale (dépression, anxiété, TDAH, TAG etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vivez-vous des évènements majeurs/stressants actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mauvais sommeil (heure/nuit ? Insomnies? Apnée du sommeil, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maux de têtes ou migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà subi une chirurgie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autres antécédents médicaux / Autres conditions médicales suivies par un spécialiste (physio, masso, psy, etc.) :</b>			
<b>Antécédents médicaux pertinents de la FAMILLE (diabète, Cancer, TDAH, TOC etc.) :</b>			
<b>HABITUDES DE VIE</b>			
	Oui	Non	Détails (combien par jour/semaine)
Prenez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous de la drogue ? Veuillez préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumez-vous? / Vapotez-vous? / Ancien(ne) Fumeur(euse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous du café ou des boissons énergisantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités par jour/semaine (sports, entraînement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SANTÉ FÉMININE</b>			
Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	Allaitiez-vous ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		Si oui depuis combien de semaines :

En tant que  Patient  Père/Mère  Membre de la famille  Tuteur , je soussigné \_\_\_\_\_

certifie que les informations notées dans ce document sont exactes et/ou remplies au meilleur de mes connaissances.

#### **CONSENTEMENT**

En signant ce document vous reconnaissez avoir compris et accepté nos conditions générales d'utilisation et notre politique de confidentialité qui sont disponibles sur notre site internet ainsi qu'à la réception de nos cliniques.

**Conditions générales d'utilisation :** [www.cliniquesante360.com/conditions-et-modalites](http://www.cliniquesante360.com/conditions-et-modalites)

**Politique de confidentialité :** [www.cliniquesante360.com/politique-de-confidentialite](http://www.cliniquesante360.com/politique-de-confidentialite)

Vous consentez également aux points suivants :

1. Vous autorisez la Clinique Santé 360 et ses partenaires médicaux à collecter, conserver, modifier ou mettre à jour les informations jugées nécessaires au suivi de l'état de santé du patient.
2. Vous consentez à ce que tout renseignement de nature médicale soit échangé entre l'infirmière, le pharmacien et le médecin ou tout autre professionnel de la santé impliqué dans le suivi de l'état de santé du patient.
3. Vous autorisez la prise d'image ou vidéo du patient, en tout ou en partie, de le transférer dans son dossier médical et de le partager avec le personnel médical en charge de son suivi au besoin.
4. Vous comprenez que la transmission d'informations concernant le patient (dossier, notes, résultats etc) à un tiers ne travaillant pas en collaboration avec la Clinique Santé 360 (médecin traitant, compagnie d'assurance etc) fera l'objet d'un formulaire de consentement différent et éventuellement de frais.
5. Vous comprenez que conformément aux lois applicables, vous pouvez avoir accès aux informations du patient et demander à les rectifier ou supprimer au besoin en adressant une demande écrite.

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