

Sommaire Examen médical périodique

DOSSIER # _____

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"/> Site web type 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) :	
Date du dernier bilan de santé (avec prises de sang) et résultats :	

ANTÉCÉDENTS			
IMMUNISATION			
Vaccins à jour (Hépatites, Tétanos, Zona, Enfants, etc.)		Vaccin covid (Type, combien de dose) :	
Effet secondaire important :		Effet secondaire important :	
SANTÉ SEXUELLE			
Avez-vous été sexuellement actif :	dans les 3 derniers mois : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	dans la dernière année : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	
Année du dernier dépistage ITSS :	Résultats :		
Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	Allaitiez-vous ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	Depuis combien de semaines :	
Êtes-vous pré-ménopausée ou ménopausée? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		Depuis quel âge :	
Quelle méthode contraceptive utilisez-vous :		Depuis quand :	
Résultats du dernier PAPTEST (examen gynécologique) :		Année :	
Résultats de la dernière mammographie :		Année :	
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS			
Décrire vos problèmes de santé actifs ou résolus (maladies, état physique/mental) :			
ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX			
Décrire type/ année :			
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX			
Père, mère, frères/sœurs, grands-parents maternels/paternels. Décrire si en bonne santé, si problème quelconque et si décédé (ajoutez la cause) :			

QUESTIONNEMENT ET RAISON DE LA RENCONTRE :

HABITUDES DE VIE					
CONSOMMATIONS					
Tabac :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON / <input type="checkbox"/> AVANT	Quantité par jour/semaine :			
Vapotage :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON / <input type="checkbox"/> AVANT	Quantité par jour/semaine :			
Alcool :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON / <input type="checkbox"/> AVANT	Quantité par jour/semaine :	Type :		
Drogue :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON / <input type="checkbox"/> AVANT	Quantité par jour/semaine :	Type :		
Café :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON / <input type="checkbox"/> AVANT	Quantité par jour/semaine :			
VIE SOCIALE					
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)(s)	Nombre d'enfants :	Soutien des proches <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
<input type="checkbox"/> Aux études	<input type="checkbox"/> En emploi	<input type="checkbox"/> Recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> Retraite	<input type="checkbox"/> Aide sociale	
Permis de conduire :	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	Classe(s) :			
FORME PHYSIQUE ET ALIMENTATION					
Exercices physiques :	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Inactivité physique	<input type="checkbox"/> Travail physique	<input type="checkbox"/> Sport régulier	<input type="checkbox"/> Sport intensif
Selon vous votre alimentation est :	<input type="checkbox"/> Saine/ équilibré	<input type="checkbox"/> Riche en gras	<input type="checkbox"/> Riche en sel	<input type="checkbox"/> Riche en sucre	
Nombre de repas au restaurant par semaine ou par mois :					
Suivez-vous un régime particulier et si oui lequel ? (Ex végétarien / keto etc) :					

REVUE DES SYSTÈMES	
Cochez ceux qui s'applique à votre condition et ajoutez des détails	
PSY	
<input type="checkbox"/> Bon moral	
<input type="checkbox"/> Mauvais moral	
<input type="checkbox"/> Grande fatigue	
<input type="checkbox"/> Perte de plaisir/manque de joie	
<input type="checkbox"/> Stress	
<input type="checkbox"/> Conflit travail / maison	
<input type="checkbox"/> Évènement / changement majeur	
<input type="checkbox"/> Antécédents psy	
<input type="checkbox"/> Médications psy	
<input type="checkbox"/> Crise de panique	
<input type="checkbox"/> Automutilation	
<input type="checkbox"/> Autre	
SOMMEIL	
<input type="checkbox"/> Sommeil réparateur	
<input type="checkbox"/> Manque / Sommeil interrompu	
<input type="checkbox"/> Insomnie / Apnée du sommeil	
<input type="checkbox"/> Autre	
APPÉTIT ET POIDS	
<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	

<input type="checkbox"/> Perte de poids	
<input type="checkbox"/> Prise de poids	
<input type="checkbox"/> Troubles alimentaires	
<input type="checkbox"/> Autre	
NEURO	
<input type="checkbox"/> Maux de tête / Migraines	
<input type="checkbox"/> Engourdissement / fourmillement	
<input type="checkbox"/> Étourdissement / Vertiges	
<input type="checkbox"/> Faiblesse	
<input type="checkbox"/> Perte champs vision	
<input type="checkbox"/> Perte auditive	
<input type="checkbox"/> Autre	
CARDIO	
<input type="checkbox"/> Palpitation	
<input type="checkbox"/> DRS (douleur poitrine)	
<input type="checkbox"/> Stimulateur Cardiaque (Pacemaker)	
<input type="checkbox"/> Autre	
POUMONS	
<input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire (essoufflement)	
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Toux (grasse/sèche)	
<input type="checkbox"/> Expectoration (sécrétions jaunâtres/verdâtres)	
<input type="checkbox"/> Autre	
INTESTINS	
<input type="checkbox"/> Selles formées	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Sang dans les selles / selles noires	
<input type="checkbox"/> Brûlement / Reflux d'estomac	
<input type="checkbox"/> Nausée / Vomissement	
<input type="checkbox"/> Autre	
URINAIRE	
<input type="checkbox"/> Normale / Couleur (foncé/pâle)	
<input type="checkbox"/> Sang dans l'urine	
<input type="checkbox"/> Difficulté à uriner	
<input type="checkbox"/> Urine nocturne (nbre de fois/nuit)	
<input type="checkbox"/> Incontinence ou fuites	
<input type="checkbox"/> Infections urinaires fréquentes	
<input type="checkbox"/> Autre	
YEUX	

<input type="checkbox"/> Dernier bilan avec optométriste	
<input type="checkbox"/> Lunettes	
<input type="checkbox"/> Lentilles de contact	
<input type="checkbox"/> Opération des yeux	
<input type="checkbox"/> Autre	
JAMBES	
<input type="checkbox"/> Œdème (enflure)	
<input type="checkbox"/> Difficulté à marcher	
<input type="checkbox"/> Crampes aux mollets	
<input type="checkbox"/> Jambes lourdes	
<input type="checkbox"/> Autre	
MSK	
<input type="checkbox"/> Douleur articulaire	
<input type="checkbox"/> Arthrite	
<input type="checkbox"/> Arthrose	
<input type="checkbox"/> Ostéoporose	
<input type="checkbox"/> Scoliose/Lordose/Cyphose	
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie/Syndromes douloureux chroniques	
<input type="checkbox"/> Problèmes aux muscles (entorse)	
<input type="checkbox"/> Autre	

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

Politique de confidentialité : 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 :** _____