

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) :	
Antibiotiques pris dans les 3 derniers mois :	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUXAvez-vous actuellement de la fièvre ou une infection ? OUI / NONSouffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des conditions médicales suivantes ? Aucune condition médicale Épilepsie ou convulsions Troubles cardiovasculaires Dépression / anxiété Psoriasis Maladie du thymus Diabète Difficultés respiratoires Maladie du foie Troubles de la coagulation Maladie inflammatoire de l'intestin Immunodéficience (Cancer, VIH, Cortisone, greffe)? Autre condition médicale chronique :**GROSSESSE**Êtes-vous enceinte ? OUI / NON / NE SAIT PAS Combien de semaines?Prévoyez-vous d'être enceinte dans les 3 prochains mois ? OUI / NON**IMMUNISATIONS**Avez-vous reçu des vaccins en bas âge ? OUI / NON Au cours des 10 dernières années ? OUI / NON

Lesquels?

Avez-vous déjà eu des réactions allergiques suite à un vaccin ? OUI / NON

Quel vaccin : Réaction :

VOYAGE

Destination(s) :

Type de voyage : Avion Croisière Bus / Camping-car / Voiture Autre :

Date de départ : Durée du voyage :

Où allez-vous demeurer (hôtel, camping, autre) ?

Quelles activités prévoyez-vous faire ?

Voyagez-vous accompagné ? Seul Couple Groupe FamilleEn 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 : _____