

Nom (à la naissance) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ A / \_\_\_\_\_ M / \_\_\_\_\_ J # d'Ass Maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tel maison : ( ) \_\_\_\_\_ Tel travail : ( ) \_\_\_\_\_ Cell : ( ) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Occupation/Travail : \_\_\_\_\_

J'autorise la clinique à communiquer avec moi par courriel et texto : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

En ordre de priorité (1-2-3), j'aimerais qu'on confirme mes rendez-vous par : courriel \_\_\_\_\_ téléphone \_\_\_\_\_ texto \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Pratique à quel endroit : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu une prescription de physiothérapie par un médecin ? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Nom du médecin (si différent du médecin de famille) : \_\_\_\_\_ Pratique à quel endroit \_\_\_\_\_

J'autorise la clinique à communiquer avec mon médecin : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu notre clinique ?

- Mon médecin m'a référé     
  Un patient m'a référé     
  Je l'ai trouvé sur internet \_\_\_\_\_ ( Google, Facebook, autre )  
 Soirées Physioactif     
  Je connais déjà le(a) physio     
  Je suis passé devant

Nom de votre référence : \_\_\_\_\_

### CONDITION DE SANTÉ

OUI NON

OUI NON

	OUI	NON		OUI	NON
Allergies : _____			Fibromyalgie		
Cancer : _____			Sensibilité à la lumière, aux sons, aux médicaments		
Diabète			Syndrome du côlon irritable / sensibilité alimentaire		
Avez-vous un Pacemaker			Fatigue chronique		
SIDA/VIH			Migraines /maux de tête fréquents		
Êtes-vous enceinte ?			Étourdissements / vertiges		
Perte de poids récente inexplicée : _____ lbs			Anxiété		
Problèmes cardiaques (hypertension artérielle, etc.)			Dépression		
Problèmes circulatoires (maladie de Raynaud, phlébites, etc.)			Stress élevé / chronique		
Problèmes hormonaux (glande thyroïde, etc.)			Syndrome de stress post-traumatique / trauma important		
Problèmes respiratoires (asthme, essoufflement rapide, etc.)			Dépendance (cigarette, alcool, drogue, etc.)		
Condition neurologique (épilepsie, AVC, sclérose en plaque, etc.)			TDAH		
Maladie du rein ou du foie			Accident véhicule moteur / Travail, date : _____		
Maladie des os (arthrose, arthrite rhumatoïde, ostéoporose, etc.)			Autres maladies : _____		

Prenez-vous un ou des médicaments (prescrits ou vente libre) et pour quelle(s) condition(s) ?

SPORTS/ACTIVITÉS PRATIQUÉ(E)S : \_\_\_\_\_

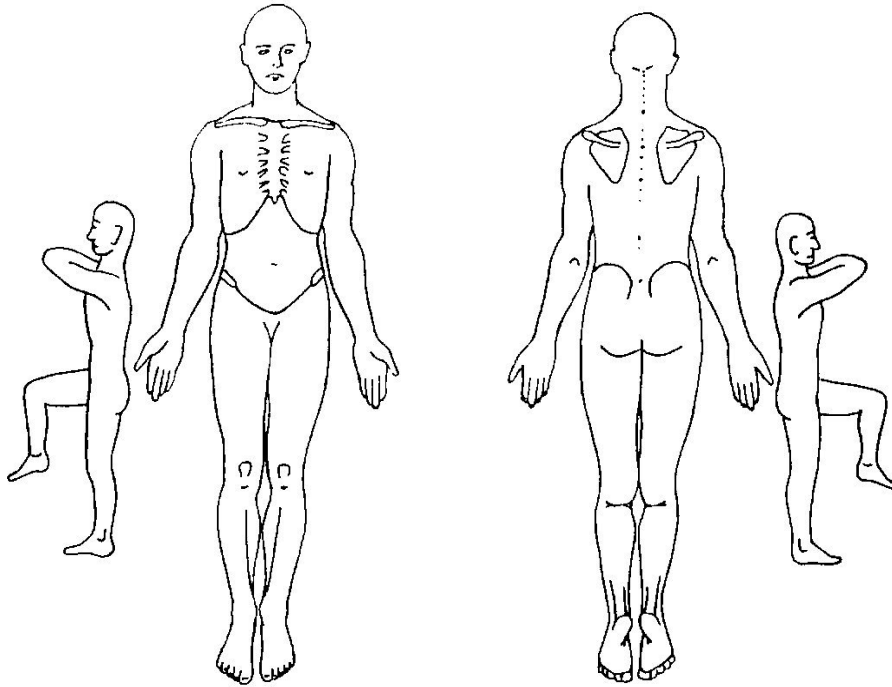
**Je déclare avoir lu le présent formulaire et l'avoir complété au meilleur de mes connaissances.**

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



# Symptômes actuels

Coloriez les régions où vous ressentez la douleur, des engourdissements, picotements ou des lourdeurs.



# Historique de santé médicale et de blessure

Dans la liste qui suit, indiquez les endroits où vous avez déjà subi une blessure dans le passé.

Pied/cheville	Mollet	Genou	Cuisse	Hanche	Bassin	Région lombaire
Région dorsale	Côtes	Cou / tête, « whiplash »	Commotion cérébrale	Épaules	Coude	Avant-bras, main, doigts

Région et date de la blessure	Commentaires (interventions nécessaires, durée du rétablissement, séquelles encore présentes, etc)
Région et date de chirurgie	
Grossesse(s) et dates	Commentaires (césariennes, épidurales)

## **POLITIQUE DE PRÉSENCE**

Soucieux d'offrir le meilleur service et les meilleures disponibilités de rendez-vous à tous nos clients qui ont besoin et veulent bénéficier de nos soins, nous vous demandons de lire attentivement notre politique de présence.

### **Retard**

Veillez nous téléphoner le plus rapidement possible. Le temps restant à la plage de traitement que vous avez réservée restera disponible pour vous. Il est impossible d'accommoder tous les retards pour permettre aux patients suivants de bénéficier de leur plage de traitement complète.

Soyez prévoyants, surveillez la météo, la circulation et vos horaires de travail pour vous éviter de manquer de précieuses minutes avec votre physiothérapeute. Il n'y a pas d'exception prévue à cette politique.

### **Annulation**

Par respect pour les physiothérapeutes et les autres patients, il est important d'aviser la clinique au moins 24 heures à l'avance lorsque vous devez annuler un rendez-vous.

Vous devez nous informer par téléphone (une boîte vocale est accessible 24/7) ou par courriel.

Il n'est pas possible d'annuler un rendez-vous par message texte.

Par courtoisie, 24h avant votre rendez-vous, la clinique vous rappellera, par courriel, par message texte ou par téléphone, la date et l'heure à laquelle vous devez vous présenter. Si la technologie échoue et que vous ne recevez pas ce rappel, vous avez la responsabilité d'arriver à l'heure prévue pour le rendez-vous. Notre politique de présence s'applique en tout temps, même si vous ne recevez pas un rappel.

### **Frais**

Si vous omettez de nous aviser, au moins 24h à l'avance, de l'annulation de votre rendez-vous, des frais de 49\$\* s'appliqueront et seront payables à votre prochain rendez-vous.

En signant ci-dessous, j'aide Physioactif à aider le plus de gens possible ayant besoin de ses services.

---

*Signature*

---

*Date*

\*Veillez noter que ces frais varient en fonction des tarifs affichés.