

Date: ____ / ____ / ____

I. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: _____ Prénom : _____

Date de naissance : j ____ / m ____ / a ____ Âge : ____ Sexe : F H Poids (Lb) : ____

de téléphone primaire : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Pointure chaussures : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Occupation : _____

Contact d'urgence : _____ # téléphone _____

Lien de parenté : _____

Référence : ☐ Ami, famille; : _____ ☐ En passant ☐ Internet ☐ Brochure
☐ Autre professionnel de la santé : _____

II. HISTORIQUE MÉDICAL

Douleur : ☐ Aucune ☐ Intermittente ☐ Constante

Motif de consultation (Ongles incarnés, Verrues, cors, autres) :

*****ALLERGIES** : OUI ☐ NON ☐ **Si oui : _____

Cochez-la (les) condition(s) médicale(s) qui vous concerne :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diabète | ☐ Hypercholestérolémie | ☐ Hypertension artérielle |
| ☐ Insuffisance artérielle | ☐ Insuffisance veineuse | ☐ Caillots sanguins |
| ☐ Maladie cardiaque | ☐ Maladie hépatique | ☐ Insuffisance rénale |
| ☐ Arthrose | ☐ Arthrite rhumatoïde | ☐ Goutte |
| ☐ Ostéoporose | ☐ Ulcères ou brûlures d'estomac | ☐ Psoriasis |
| ☐ Eczéma | ☐ Problème glande thyroïde | ☐ Autre : _____ |

***Êtes-vous enceinte?** ☐ oui ____ (mois) ☐ non ☐ Allaitement ☐ N/A ou autre : _____

****Fumeur** ☐ ** **Non-Fumeur** ☐

Écrivez les noms des médicaments que vous prenez si vous n'avez pas apporté votre liste du pharmacien.

☐ Je ne prends aucun médicament ☐ J'ai apporté ma liste des médicaments

Mes médicaments :

III. CONTACTS MÉDICAUX

Médecin de famille / Spécialiste: _____ Pharmacie #: _____

Avis – Utilisation d'un outil de prise de notes avec intelligence artificielle (IA)

Avant votre rendez-vous, veuillez noter que nous utilisons un outil d'intelligence artificielle (IA) pour assister à la prise de notes durant les consultations.

Cela nous permet de documenter précisément votre visite tout en permettant au professionnel de santé de se concentrer davantage sur vous, plutôt que sur la saisie manuelle.

La confidentialité de vos informations est une priorité. L'IA est utilisée uniquement pour améliorer la qualité et l'efficacité de vos soins.

En signant ce consentement, vous autorisez l'utilisation d'un assistant IA pendant votre consultation.

☐ Oui ☐ Non

Consentement pour photo/vidéo

J'autorise mon podiatre à prendre des photos ou des vidéos de ma condition à des fins de documentation médicale:

☐ Oui ☐ Non

Reconnaissance et signature

En signant ci-dessous, je confirme que:

- J'accepte l'entière responsabilité de tous les frais liés à mes soins
- Je comprends que la clinique n'est pas responsable si mon assurance ne me rembourse pas
- J'accepte qu'un frais de 50 \$ puisse s'appliquer en cas d'absence ou de retard
- (Pour les mineurs de moins de 14 ans) Un parent ou tuteur doit signer

Signature du patient ou du parent: _____