



Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ No Assurance Maladie: \_\_\_\_\_

Nom de famille à la naissance (si applicable) \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
J M A

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

J'accepte l'avis par courriel. Initiales \_\_\_\_\_

#### CONFIRMATION PAR COURRIEL

Par la présente, j'accepte de recevoir par courriel : le rappel de tous mes rendez-vous incluant les changements d'horaire, les bulletins d'information ou articles portant sur la prévention et le traitement des blessures, de même que toute information relative aux services offerts en clinique. En tout temps, il me sera possible de renoncer à ce service en informant directement le personnel de ma clinique CBI, lequel suspendra mon abonnement à la liste d'envoi dans les meilleurs délais.

Occupation: \_\_\_\_\_ Employeur: \_\_\_\_\_

Raison de la consultation: \_\_\_\_\_

Médecin de famille: \_\_\_\_\_ Dernier rendez-vous annuel: \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom : \_\_\_\_\_ No de téléphone: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre blessure est reliée à un accident de travail ou à un accident d'automobile? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Date de l'accident: \_\_\_\_\_ # dossier CSST : \_\_\_\_\_

# dossier SAAQ : \_\_\_\_\_

De quelle façon avez-vous entendu parler de notre clinique? Veuillez spécifier.

Médecin: \_\_\_\_\_ Patient ou ancien patient: \_\_\_\_\_

Thérapeute: \_\_\_\_\_ Publicité: \_\_\_\_\_

Site-Web / Recherche internet:  Je suis un ancien patient:  Autre \_\_\_\_\_

Afin de toujours vous offrir un service exceptionnel, nous aimerions vous conscientiser à l'importance de nos politiques administratives pour lesquelles nous sollicitons votre consentement par une signature en bas de page :

- 1) Nous exigeons un préavis minimal de 24 heures pour toute annulation de rendez-vous, faute de quoi une somme de 40\$ vous sera facturée si ce préavis n'est pas respecté. Il est à noter que ces frais ne sont pas remboursables par les assurances privées, par la CSST ou par la SAAQ. En apposant votre signature, vous confirmez avoir pris connaissance de notre politique d'annulation (préavis de 24 heures requis pour toute annulation), et en assumez les frais associés le cas échéant.
- 2) Pour maximiser les bienfaits de votre réadaptation, nous vous demandons d'arriver 10 minutes avant votre évaluation initiale, et minimalement 5 minutes avant le début de chacun de vos rendez-vous de suivi (traitement). Tout retard pourrait diminuer votre temps de traitement.
- 3) Nos cliniques mettent à votre disposition une salle de bain, de même qu'une salle de préparation pour vous changer en toute discrétion.
- 4) Tous les reçus seront émis au nom de la personne traitée seulement, à la date exacte du traitement reçu, pour le service rendu spécifiquement, et au prix exact défrayé pour ce service. Aucune exception ne sera faite à cette politique.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

**Pour nous aider à faire une meilleure évaluation de votre condition, veuillez remplir ce questionnaire sur votre état de santé. Si vous n'êtes pas certain d'une réponse, veuillez demander des précisions à votre thérapeute.**

Êtes-vous présentement suivi par un autre professionnel de la santé? Oui  Non

Pour quelle raison? \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

	Oui	Non	Details
Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nombre d'accouchements avec l'année \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert des conditions suivantes?**

	Oui	Non	
Diabète ou autre problème d'endocrinologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilisation de stéroïdes (incluant la cortisone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maux-de-tête ou migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes orthopédiques (ex : fractures, entorses, luxations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Traumatismes majeurs (ex : accidents, chutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies inflammatoires (ex : arthrite rhumatoïde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes cardiaques (hypertension, angine, AVC, cholestérol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Avez-vous récemment fait de la fièvre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Avez-vous perdu beaucoup de poids dans 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Avez-vous des implants métalliques ? (ex : pacemaker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Portez-vous des lunettes ou des lentilles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Êtes-vous un fumeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Avez-vous déjà subi une chirurgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Liste des chirurgies \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies ? (médications, nourriture, respiratoires)

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Réactions typiques: \_\_\_\_\_

Quelles médicaments prenez-vous présentement? Pour quelle condition? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Si ces informations changent pendant vos traitements, veuillez en avvertir votre thérapeute.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_