



Informations du Patient

Information Personnelle

Prénom:

Date de naissance: J M A
 / / Âge:

Nom de famille:

Adresse:

Téléphone - maison: ()

Ville et Province:

Téléphone - cellulaire: ()

Code postal:

Téléphone - travail: () ext.

Contact en cas d'urgence:

Courriel:

Téléphone: ()

Raison pour votre visite:

Assurance santé: Sunlife | Manulife | Coughlin |
Great West Life | Other:

Travail

Employeur:

Activités Sportives

Sports / Activités:

Profession:

Nombre d'années à ce travail:

Nombre d'années à ce sport/activité:

Type de travail (physique, mouvements répétitifs,
ordinateur):

Niveau de compétition (rec/club/national/pro):

Ressources

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique?

Votre médecin de famille

D'un autre patient (nom):

Autre: _____

(S.v.p. donnez le plus d'information possible)

Votre Médecin

Nom de votre médecin de famille:

Numéro de téléphone et adresse:

Date de la dernière visite:

Est-ce que ceci est votre première visite à notre clinique?

S.v.p. lisez et signez

Un minimum de 24 heures est requis pour toute annulation ou changement d'horaire. **Vous serez tenu de payer 50% des frais de la visite en cas d'annulation avec moins de 24 heures de préavis. Il est aussi de votre responsabilité de vérifier les montants et exclusions de votre plan d'assurance santé si celui-ci s'applique.** Votre coopération est très appréciée et nous aide à gérer notre horaire. S.v.p. veuillez vous présenter 5 à 10 minutes avant l'heure prévue de votre visite et apportez des vêtements appropriés pour faciliter le traitement. Merci.

Signature:

Date:



Bilan de Santé

Comment décririez-vous votre **santé**? _____

Avez-vous déjà subi des traitements en ostéopathie, thérapie de sport, physiothérapie ou massothérapie? (Encercler ceux qui s'appliquent)

Êtes-vous actuellement en traitement avec un autre professionnel de la santé? Oui / Non
Si oui, pour quel(s) problème(s)? _____

Actuellement, prenez-vous des **médicaments** (par ex. Aspirine, Ibuprofène, etc.)? Oui / Non
Si oui, précisez quelle(s)/quel(s) médicaments et pour quel(s) problème(s)? _____

Avez-vous subi des **chirurgies**, des blessures graves ou des **traitements dans un hôpital**? Oui / Non
Si oui, s.v.p. précisez la date, le traitement, la procédure, etc. _____

S.v.p. cochez les conditions qui s'appliquent à votre santé (actuellement ou autrefois) :

Cardiovasculaire:

- Haute pression
- Basse pression
- Insuffisance cardiaque congestive
- Maladie du cœur/crise cardiaque
- Accident vasculaire cérébral
- Phlébite/varices
- Stimulateur cardiaque
- Mauvaise circulation/
engourdissement
- Étourdissement

Respiratoire:

- Manque de souffle
- Asthme
- Bronchite
- Emphysème
- Sinusite
- Toux chronique
- Allergies saisonnières

Général:

- Diabète
- Épilepsie
- Cancer
- Arthrite
- Troubles digestifs
- Allergies (anaphylaxie)
- Allergies alimentaires
- Stress/anxiété
- Plaies ouvertes
- Contusion

Infections:

- Problème infectieux de la peau
cutané
- Problème infectieux respiratoire
- Tuberculose
- Hépatite
- Virus herpétique
- VIH

Tête/Cou:

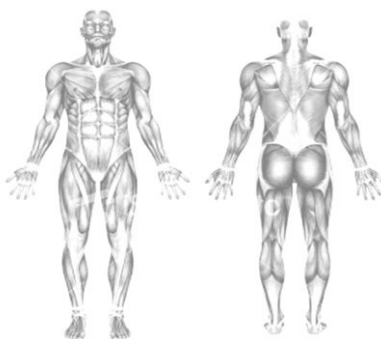
- Commotion cérébrale/
traumatisme crânien
- Maux de tête
- Migraines
- Fatigue
- Insomnie
- Whiplash
- Douleurs de la mâchoire /ATM
- Trouble de vision
- Perte d'audition

Muscles/squelette:

- Maladie osseuse ou articulaire
- Tendinite/bursite
- Fracture
- Entorses/foulures
- Fibromyalgie
- Douleur sciatique
- Scoliose

Autres conditions médicales (par ex. grossesse, hémophilie, ostéoporose, problème gynécologique, maladie mentale) **ou informations pertinentes** (par ex. présence de métal, prothèse ou équipements particuliers, etc.):

Sur le diagramme,
entourer la (les)
région(s) où vous
avez des symptômes
(douleurs, engourdissement,
raideurs, etc.).



**Je certifie que toutes les informations ci-dessus
sont exactes.**

Signature:

Date:

Réservé à la clinique

Mise à jour Initiales Mise à jour Initiales Mise à jour Initiales



Consentement à la protection des informations personnelles

La protection de vos informations personnelles est de la plus haute importance pour nous. Nous observons tous les règlements et lois concernant la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels. Notre politique de protection des informations personnelles assure que:

- Seulement les informations pertinentes soient recueillies
- Nous demandons votre permission exclusive avant de partager vos informations avec d'autres professionnels dans le domaine de la santé
- Le stockage, maintien et destruction de vos informations personnelles soient conformes à la législation actuelle ainsi qu'aux protocoles de la protection des informations privées
- Tous nos protocoles soient conformes au PHIPA (Personal Health Information Protection Act) ainsi qu'aux standards de nos ordres professionnels: Canadian Athletic Therapists Association (CATA), Ontario Association of Osteopathic Manual Practitioners (OAO), College of Massage Therapists of Ontario (CMTO), College of Physiotherapists of Ontario (CPO)

Utilisation et divulgation d'information personnelle

La Clinique collectera, utilisera et divulguera votre information seulement dans le but de:

- Compléter une évaluation, traiter un problème de santé et vous aviser d'un plan de traitement
- Établir et maintenir contact entre vous et la clinique ainsi que de vous informer de prochains rendez-vous
- Vous envoyer des bulletins, du matériel éducatif et toute autre information pertinente
- Communiquer avec d'autres professionnels de la santé
- Nous permettre de faire un suivi concernant les traitements et facturations
- Compléter des réclamations d'assurance
- Être conforme avec des exigences légales et réglementaires

Déclaration de consentement

Je, _____, ai révisé la politique de protection d'information personnelle de la clinique Ottawa Osteopathy & Sports Therapy. Je comprends que cette politique est conforme à la législation décrite par PHIPA, CATA, OAO, CMTO et CPO. J'autorise la collecte, utilisation et/ou divulgation de mes renseignements personnels telles que décrites ci-dessus. Je sais que je peux refuser cette autorisation à tout moment.

Signature du(de la) patient(e)

Date