



**CLINIQUE  
PODIATRIQUE**  
SÉBASTIEN MILOT

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date Naissance: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_

Téléphone (Principal): \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_

Téléphone (Secondaire) : \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Pointure: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal: \_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur si le patient a moins de 18 ans : \_\_\_\_\_

Adresse courrier électronique : \_\_\_\_\_

Je souhaite que mes rappels soient confirmés par courrier électronique oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de la Clinique Podiatrique?

Google  Annuaire Pages Jaunes  Pages Jaunes Web  Réseaux sociaux Autres: \_\_\_\_\_

Motif de la consultation : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_

Conditions médicales : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte? \_\_\_\_\_ Allaitiez-vous ? \_\_\_\_\_

**Je suis conscient(e) que les services podiatriques ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.**

**J'autorise mon podiatre à consulter les informations contenues dans mon Dossier Santé Québec (DSQ) dans le cadre de mes consultations à la clinique podiatrique.**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

*Si moins de 14 ans, la signature doit être celle d'un parent ou tuteur légal*