Dr(e) [Nom du médecin]

[Adresse de la clinique]
[Heures d’ouverture de la clinique]
[Numéro de téléphone] [Heures d’ouverture de la ligne téléphonique]

[Adresse courriel de la clinique pour les patients, le cas échéant]

Nous vous remercions de l’intérêt que vous portez à [nom de la clinique]. Nous sommes heureux de vous informer que votre demande pour devenir patient(e) de notre clinique a été acceptée. Pour compléter votre profil, nous vous invitons à remplir le formulaire ci-après, qui nous en apprendra davantage à votre sujet en prévision de votre première visite. Les politiques suivantes sont essentielles au fonctionnement de notre clinique et nous permettent d’offrir des soins médicaux rapides à l’ensemble des patient(e)s.

**Politiques du cabinet**

**Annulation de rendez-vous**

Si vous n’êtes pas en mesure de vous présenter à votre rendez-vous, nous vous demandons de nous en informer **au moins 24 heures à l’avance**; nous pourrons alors offrir votre rendez-vous à un(e) autre patient(e). Toute annulation à moins de 24 h de préavis pourrait entraîner des frais administratifs.

**Rendez-vous manqués**

Si vous n’êtes pas en mesure de vous présenter à votre rendez-vous et que vous n’avez pas informé notre bureau 24 heures à l’avance, vous recevrez une lettre d’avertissement. Si la situation se reproduit, le coût du rendez-vous manqué vous sera facturé.

**Retards**
Si vous arrivez avec plus de [X] minutes de retard à votre rendez-vous, il vous sera demandé de prendre un autre rendez-vous. Nous comprenons que des retards peuvent survenir, mais arriver en retard a un impact sur l’horaire et autres patients.

**Visite initiale du (de la) patient(e)**

Lors de votre premier rendez-vous, votre médecin prendra le temps d’apprendre à vous connaître et de discuter de sujets importants tels que [ex. vos antécédents médicaux, vos préoccupations actuelles et le formulaire d’admission que vous avez rempli]. [Le cas échéant - Nous passerons également en revue les politiques de la clinique, et nous nous assurerons de répondre à toutes vos questions]. Pour nous aider à tirer le meilleur parti de votre rendez-vous, nous vous demandons d’arriver à l’heure et d’apporter les documents suivants :

· [votre carte santé (p. ex. carte d’Assurance-maladie)] ;

· [une liste à jour de vos médicaments] ;

· [votre formulaire d’admission dûment rempli].

Nous prévoyons généralement [X temps] pour cette première visite. Si d’autres préoccupations se révèlent nécessiter davantage de temps ou de suivi, nous pourrions recommander une deuxième visite afin d’accorder à chaque problème l’attention qu’il mérite.

**Responsabilité du (de la) patient(e)**

Afin d’assurer un suivi optimal de vos soins, nous vous demandons d’apporter une liste à jour de vos médicaments à chaque rendez-vous. Il est également de votre responsabilité de vérifier si vous avez besoin de renouvellements avant votre rendez-vous prévu.

**Services payants**

Consultations de voyage (vaccinations) – Ce service n’est pas couvert par l’Assurance-maladie; les patient(e)s sont donc responsables des coûts connexes.

Formulaires à remplir – Veuillez consulter notre secrétaire pour connaître les frais associés aux différents formulaires (d’invalidité, d’assurance, d’examen médical du conducteur, etc.).

**Politique en matière de respect**Notre clinique s’engage à protéger ses patient(e)s et ses employé(e)s. Aucun acte de violence physique ou verbale ne sera toléré.

**Avis et consentement sur la technologie de transcription numérique fondée sur l’IA**

Dans le cadre de notre engagement à fournir des soins efficaces de haute qualité, notre clinique peut utiliser la technologie sécurisée de transcription numérique fondée sur l’IA pour aider à prendre des notes lors de votre rendez-vous. Cet outil capte vos conversations pendant le rendez-vous et génère des notes cliniques, pour aider votre professionnel(le) de soins de santé.

* L’enregistrement audio n’est pas conservé par l’outil de transcription.
* Toutes les données sont traitées conformément aux lois canadiennes sur la confidentialité et la protection de la vie privée.
* Les notes cliniques générées sont toujours examinées et finalisées par votre fournisseur.

[ ]  Je consens à l’utilisation de la technologie de transcription numérique fondée sur l’IA lors de mes visites.

[ ]  Je ne consens pas à l’utilisation de la technologie de transcription numérique fondée sur l’IA lors de mes visites.

Si vous avez des questions, n’hésitez pas à vous adresser à votre fournisseur de soins ou à un(e) membre de notre équipe.

**Renseignements démographiques**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : [ ] M [ ]  F
Nom préféré : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initiale du deuxième prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
DDN (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Tél. au domicile : (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Tél. au travail : (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adresse courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Méthode de notification préférée : [ ]  Courriel [ ]  SMS [ ]  Téléphone

Nom du (de la) conjoint(e) (le cas échéant) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nom du père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Prénom du (des) enfant(s) (s’ils sont aussi patients du cabinet) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assurance-maladie**

Numéro d’Assurance-maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date d’expiration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance-médicament publique (c.-à-d. le plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick) ou privée? (c.-à-d. Croix Bleue, Sun Life, Manuvie, Desjardins, etc.) [ ]  Oui [ ]  Non

 **Pharmacie préférée**

Quelle est votre pharmacie préférée? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Questionnaire médical**

Veuillez s’il vous plaît indiquer quels problèmes vous éprouvez actuellement ou avez déjà éprouvés par le passé :

|  |  |
| --- | --- |
| **Cœur** | **Poumon** |
| [ ]  Arythmie (rythme cardiaque anormal)  | [ ]  Asthme |
| [ ]  Cardiovasculaire (infarctus/crise cardiaque)  | [ ]  BPCO |
| [ ]  Insuffisance cardiaque | [ ]  Nodules pulmonaires/cancer du poumon |
| [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vessie/rein** | **Glande /hormones** |
| [ ]  Problème rénal | [ ]  Diabète |
| [ ]  Problème de vessie | [ ]  Problème de thyroïde |
| [ ]  Autre (précisez): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Peau** | **Os/muscle** |
| [ ]  Eczéma | [ ]  Fractures/entorses |
| [ ]  Cancer de la peau  | [ ]  Hernie discale |
| [ ]  Infection cutanée  | [ ]  Chirurgie |
| [ ]  Autre (précisez): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Arthrite** | **Cerveau/nerfs** |
| [ ]  Arthrite | [ ]  Maux de tête/migraines |
| [ ]  Ostéoporose | [ ]  AVC |
| [ ]  Fibromyalgie | [ ]  Neuropathie |
| [ ]  Autre (précisez): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Métabolique** | **Psychologique** |
| [ ]  Hypertension artérielle | [ ]  Dépression |
| [ ]  Cholestérol | [ ]  Anxiété |
| [ ]  Obésité | [ ]  Épuisement professionnel |
| [ ]  Autre (précisez): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Système reproducteur** | **Intestin/foie** |
| [ ]  Problème menstruel/ovaires | [ ]  Constipation |
| [ ] Maladies inflammatoires de l’intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) |
| [ ]  Grossesse/complications | [ ]  Cancer du côlon |
| [ ]  Problème de foie |
| [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Chirurgie à l’abdomen |
| [ ]  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Y a-t-il des antécédents des problèmes de santé suivants dans votre famille?** Diabète, cancer, maladies cardiaques, maladies du foie, hypertension artérielle, AVC ou caillots sanguins, démence ou maladie d’Alzheimer, maladie rénale, cholestérol élevé, problème articulaire ou musculaire (y compris l’arthrite) ou autre :
Mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fratrie (Sœur et/ou frère) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales?** [ ]  Oui [ ]  Non
Si oui, veuillez indiquer le type et la date de toutes les chirurgies : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Avez-vous déjà été hospitalisé(e)?** [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, veuillez indiquer la raison et la date de toutes les hospitalisations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Allergies (à des médicaments ou autres) :** [ ]  Oui [ ]  Non
Si oui, veuillez énumérer toutes vos allergies à des médicaments ou autres :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Prenez-vous actuellement des médicaments?** [ ]  Oui [ ]  Non
Si oui, veuillez énumérer tous les médicaments que vous prenez actuellement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fumez-vous?**[ ]  Fumeur (fumeuse) actuel(le) (tous les jours) ☐[ ]  Occasionnel(le) (certains jours seulement)
☐[ ]  Ancien(ne) fumeur (fumeuse) [ ]  Non-fumeur (non-fumeuse)

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

**Consommez-vous de l’alcool?**[ ]  Tous les jours [ ]  À l’occasion [ ]  J’en ai déjà consommé [ ]  Je n’en consomme pas

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

**Consommez-vous actuellement des drogues à usage récréatif ou des substances illicites?** [ ]  Oui [ ]  Non

Quelles drogues à usage récréatif ou substances illicites consommez-vous? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consommez-vous de la caféine?**[ ]  Tous les jours [ ]  À l’occasion [ ]  J’en ai déjà consommé [ ]  Je n’en consomme pas
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Faites-vous de l’exercice?**
 ☐ Oui, je fais régulièrement de l'exercice. ☐ Je fais un peu d'exercice, mais pas autant que je le devrais.

☐ Non, je ne fais pas d'exercice.

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

*Le présent document confirme votre prise en charge par [Nom du médecin] à [nom de la clinique/du cabinet]. Cet accord est reconnu et attesté par les signatures du (de la) praticien(ne) et du (de la) patient(e) ci-dessous.*

Signature du (de la) patient(e) : Date :
Nous nous réjouissons de contribuer à votre santé et votre bien-être.
**Dr(e) [ajouter le nom du médecin]**