



NORTHERN SHORES MEDICAL CLINIC

Veillez remplir ce formulaire de façon honnête et en totalité. Toute information reçue sera traitée de façon confidentielle. Chaque candidat ou candidate sera considéré, peu importe l'âge, le sexe, la race, l'état de santé, l'orientation sexuelle ou l'utilisation ou l'abus de substances.

Faites parvenir ce formulaire dûment rempli par la poste à "Northern Shores Medical Clinic, PO Box 1080, North Bay On, P1B 8K3"

Demande d'inscription

Date:

Nom de famille et prénoms:

Date de naissance:

Numéro de carte-santé & code:

Date d'échéance jj/mm/année:

Téléphone(s):

Y a-t-il un répondeur à ces numéros?

Sexe:

Pharmacie:

Occupation/Employeur:

Êtes-vous célibataire , marié (e), conjoint(e)de fait, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) ?

Si vous avez répondu "oui" à marié ou conjoint de fait, veuillez indiquer:

Nom de votre conjoint(e):

Si votre conjoint(e) est à la recherche d'un médecin de famille, qu'il ou elle remplisse un formulaire aussi.

Enfant(s) & Âge(s):

Accouchement vaginal? Césarienne? Adoption?

Nombre de grossesses?

Nombre d'accouchements?

Nombre d'avortements ou fausses-couches?

Immunisations? Si possible, veuillez inclure un dossier d'immunisations.

Interventions chirurgicales?

- Si oui, lesquelles et les dates?

Avez-vous un médecin de famille présentement?

Si oui, pourquoi êtes-vous à la recherche d'un nouveau médecin?

Nom de votre ancien médecin de famille

Fumez-vous?

- Si oui, combien de paquets par jour et depuis combien d'années?

Consommez-vous des boissons alcoolisées?

- Si oui, combien par semaine et depuis combien d'années?

Utilisez-vous des drogues de la rue de loisirs?

- Si oui, lesquelles et combien souvent?

Historique familiale (parents, grands-parents, frères, soeurs) – conditions médicales sérieuses? (ex: crise cardiaque avant l'âge de 50 ans, cancer, diabète, troubles dépressifs, embolie ou thrombose)

- Si oui, veuillez identifier la condition, le lien de parenté et l'âge du membre de la famille.

Antécédants médicaux importants déjà diagnostiqués avec explication:

<input type="checkbox"/> Diabète (type):	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde
<input type="checkbox"/> Embolie (poumon/jambe)	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Taux élevé de cholestérol
<input type="checkbox"/> Maladies digestives	<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie
<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires	<input type="checkbox"/> Maladies cardiovasculaires
<input type="checkbox"/> Maladies du côlon	<input type="checkbox"/> Maladies rénales	<input type="checkbox"/> Maladies dermatologiques
<input type="checkbox"/> Maladies du système reproducteur	<input type="checkbox"/> Maladies urologiques	<input type="checkbox"/> Maladies d'enfance problématiques
<input type="checkbox"/> Douleur chronique	<input type="checkbox"/> Conditions de sang	<input type="checkbox"/> Conditions visuelles

<input type="checkbox"/> Infections transmises sexuellement	<input type="checkbox"/> Toxicomanie	
<input type="checkbox"/> Autres:		

Êtes-vous sous les soins d'un ou des spécialistes pour le contrôle de conditions mentionnées ci-dessus? Si oui, ajoutez leurs noms.

Avez-vous des allergies aux médicaments? Lesquelles?

1.	2.
3.	4.
5.	6.

Prenez-vous des médicaments? Lesquels?

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

Merci d'avoir rempli ce formulaire. Cela permettra aux médecins de bien évaluer votre historique médicale et de subvenir à vos besoins de santé particuliers.

