

QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL

3030, boul. Le Carrefour, Bur. 500,
Laval (Québec) Canada H7T 2P5

Tél : 450 686-4755 • Téléc : 450 686-4733
Courriel : drbernier@drbernier.com

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____ Sexe : F M
Date naissance : _____ N° Assurance maladie : _____ Exp : _____
Adresse perm. : _____ Ville : _____ Province/État/Comté : _____
Code postal/Zip code : _____ Pays : _____ E-mail : _____
Téléphone résid. : _____ Téléphone de travail : _____ Ext. : _____ Cell. : _____
Votre occupation : _____

Raison de consultation et/ou chirurgie envisagée :

RÉFÉRENCES :

Je suis déjà un(e) patient(e) de la clinique	Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec	Internet/Google
Société canadienne de chirurgie plastique et esthétique	Société canadienne des chirurgiens plasticiens	Instagram
American Society of Plastic Surgeons	Recommandation d'une connaissance	Facebook
Référence d'un médecin ou chirurgien	Revue. Spécifiez :	Pages jaunes

INFORMATIONS MÉDICALES

Les renseignements demandés sont nécessaires à l'évaluation de votre état de santé. Veuillez répondre à toutes les questions.

Antécédents personnels	Oui	Non	Antécédents familiaux	Oui	Non	Inconnu	Consommation	Quantité
Cancer			Thrombophlébite				Alcool	
Asthme			Facteur V de Leiden				Cigarettes ou vapotage	
Diabète			Embolie pulmonaire				Marijuana	
Maladie neurologique			Problème d'anesthésie				Drogue ? Si oui, spécifiez :	
Maladie cardiaque			Hyperthermie Maligne					
Maladie pulmonaire							Poids	lbs kg
Facteur V de Leiden							Taille	cm
Taux de cholestérol élevé								
Hypertension artérielle								
Thrombophlébite								
Varices								
Épilepsie								
Maladie psychiatrique								
Herpès labial (feux sauvages)								
Hépatite B								
Hépatite C								
HIV								
Apnée du sommeil								
Problèmes de saignement								
Allergie alimentaire ou autre(s)								
Allergie au latex								
Allergie médicamenteuse								
Intolérance médicamenteuse								
Médicament(s) actuel (s) :								
Autres antécédent(s) médical(aux) :								
Antécédent(s) chirurgical(aux) :								

Covid-19	Oui	Non
Fièvre		
Mal de gorge		
Toux		
Perte Odorat		
Perte Goût		
Difficultés respiratoires		
Avez-vous eu Covid-19 (test +)		
Hospitalisation		
Contact avec une personne infectée		

Notes

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et complets. Je comprends qu'une fausse déclaration peut entraîner des conséquences graves en cas de chirurgie ou traitement.

Une pièce d'identité avec photo est obligatoire pour vous identifier.

Afin que Dr Mario F. Bernier puisse poser un diagnostic au meilleur de ses connaissances, de son expertise et de son expérience, je consens à subir un examen physique.

Les frais de consultation couvrent les honoraires professionnels et ne pourront être remboursés, même si aucune chirurgie n'est suggérée.

Advenant toutes communications électroniques avec Dr Mario F. Bernier et/ou son personnel, je suis conscient(e) des risques de bris de confidentialité des renseignements échangés.

Signature _____ Date _____



CLINIQUE DE CHIRURGIE
ET MÉDECINE ESTHÉTIQUE

Dr Mario F. Bernier

N'imprimez pas ce formulaire.
Veuillez nous le faire parvenir en cliquant sur le bouton «Envoyer», ou enregistrer le fichier et l'envoyer par courriel à drbernier@drbernier.com. Nous vous ferons signer le formulaire lors de votre visite.