

# 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 |     |     |

| Pour Madame                      |
|----------------------------------|
| Nombre de grossesses à terme     |
| Nombre de grossesses non à terme |
| Nombre de naissances prématuré   |

| Notes |
|-------|
|       |

**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](mailto:drbernier@drbernier.com). Nous vous ferons signer le formulaire lors de votre visite.

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