

# 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 :	ChatGPT

## 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
Cancer			Thrombophlébite			
Asthme			Facteur V de Leiden			
Diabète			Embolie pulmonaire			
Maladie neurologique			Problème d'anesthésie			
Maladie cardiaque			Hyperthermie Maligne			
Maladie pulmonaire						
Facteur V de Leiden						
Taux de cholestérol élevé						
Hypertension artérielle						
Hypothyroïdie						
Hyperthyroïdie						
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) :						

Consommation	Quantité
Alcool	
Cigarettes ou vapotage	
Marijuana	
Drogue ? Si oui, spécifiez :	

Pharmacie
Téléphone #
Nom :
Adresse :

Poids	lbs	kg
Taille	pied	cm

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

Notes

**Veuillez enregistrer le fichier**  
avec le bouton ci-dessous, puis l'envoyer  
par courriel à [drbernier@drbernier.com](mailto:drbernier@drbernier.com).  
**N'imprimez pas ce formulaire.**  
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