

QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL

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

Tél : 450 686-4755 • Télec : 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/Compté :

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	Poids	lbs	kg
Cancer			Thrombophlébite				Taille	pied	cm
Asthme			Facteur V de Leiden				Pour Madame		
Diabète			Embolie pulmonaire				Nombre de grossesses à terme		
Maladie neurologique			Problème d'anesthésie				Nombre de grossesses non à terme		
Maladie cardiaque			Hyperthermie Maligne				Nombre de naissances prématuré		
Maladie pulmonaire			Consommation			Quantité	Notes		
Facteur V de Leiden			Alcool						
Taux de cholestérol élevé			Cigarettes ou vapotage						
Hypertension artérielle			Marijuana						
Hypothyroïdie			Drogue ? Si oui, spécifiez :						
Hyperthyroïdie			Pharmacie						
Thrombophlébite			Téléphone #						
Varices			Nom :						
Épilepsie			Adresse :						
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) :									

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.

Veuillez enregistrer le fichier
avec le bouton ci-dessous, puis l'envoyer
par courriel à drbernier@drbernier.com.

N'imprimez pas ce formulaire.

Nous vous ferons signer le formulaire
lors de votre visite.



CLINIQUE DE CHIRURGIE
ET MÉDECINE ESTHÉTIQUE

Dr Mario F. Bernier

Signature _____ Date _____