PHYSIOOUTAOUAIS

 # Dossier _____

Formulaire de prise en charge

A — Coordonnées

Ces renseignements sont nécessaires à la création et à la gestion de votre dossier, à vous joindre pour la prise en charge de vos rendez-vous, et à communiquer avec vous ou votre contact d'urgence si la situation l'exige et dans la mesure nécessaire à la continuité de vos soins.

Prénom	Nom	Nom à la naissance	Sexe	Langue
			☐ H ☐ F ☐ A	☐ Fr ☐ An

Adresse	Ville	Province	Code postal

Téléphone résidence	Téléphone travail	Cellulaire	Autre

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Courriel

Contact d'urgence — Nom	Contact d'urgence — Téléphone

B — Occupation et références

Votre occupation et vos intérêts personnels nous permettent de mieux contextualiser votre quotidien et d'adapter nos recommandations thérapeutiques. L'information sur la façon dont vous avez entendu parler de nous est utilisée à des fins administratives internes seulement et n'est pas partagée.

OCCUPATION

☐ Bureau ☐ Transport ☐ Construction
☐ Usinier ☐ Enseignant ☐ Vente
☐ Étudiant ☐ Sans emploi ☐ Journalier
☐ Services prof. ☐ Retraité

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS?

☐ Médecin ☐ Dentiste
☐ Ancien patient ☐ Famille / ami
☐ Bouche à oreille ☐ Employeur
☐ Site internet ☐ Réseaux sociaux
☐ Télévision ☐ Radio
☐ Enseigne

Intérêts particuliers (sports, arts, loisirs)

C — Informations cliniques

Ces informations permettent d'orienter votre dossier vers le bon régime de couverture et de documenter l'événement ayant nécessité vos soins. Selon le contexte de votre visite et au besoin seulement, elles pourraient être transmises aux organismes concernés (CNESST, SAAQ, WSIB, assureur) — uniquement dans le cadre strict de votre dossier et des services reçus.

Médecin référent (s'il y a lieu)	Numéro d'assurance maladie *Pour communication avec votre médecin référent*

Partie du corps et motif de consultation	Date de l'événement (AAAA/MM/JJ)

CATÉGORIE DU DOSSIER

☐ Privé ☐ CSST / CNESST ☐ SAAQ ☐ WSIB / CSPAAT ☐ GRC ☐ MDN ☐ Anciens combattants

Nom de l'agent (s'il y a lieu)	Téléphone de l'agent	#Dossier CSST / SAAQ / WSIB

Réclamation remplie : ☐ Oui ☐ Non

D — Questionnaire de santé

Votre physiothérapeute a besoin de connaître certaines conditions médicales pour personnaliser votre traitement, éviter les contre-indications et adapter la progression de votre réadaptation. Cochez tout ce qui s'applique et ajoutez des précisions au besoin.

SECTION A — SÉCURITÉ DES MODALITÉS DE TRAITEMENT

Ces informations permettent de choisir des techniques sécuritaires et adaptées pour votre plan de traitement.

☐ **Stimulateur cardiaque**	☐ **Implant métallique**	☐ **Phlébite / Thrombose**
☐ **Ostéoporose**	☐ **Convulsions / Épilepsie**	☐ **Problèmes cardiaques**
☐ **Hypertension artérielle**	☐ **Problèmes respiratoires**	☐ **Étourdissements**

SECTION B — PLANIFICATION DU TRAITEMENT

Ces informations influencent le plan de traitement, la progression des exercices, les précautions spécifiques et les références à d'autres professionnels.

☐ **Chirurgies**	☐ **Allergies**	☐ **Cancer**
☐ **Diabète**	☐ **Arthrite rhumatoïde**	☐ **Thyroïde**
☐ **Cholestérol élevé**	☐ **AVC. Accident vasculaire cérébral**	☐ **Parkinson**
☐ **Sclérose en plaques**	☐ **Maux de tête / Migraines**	☐ **Perte de conscience**
☐ **Incontinence**	☐ **Goutte**	

SECTION C — INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Ces informations peuvent avoir un impact indirect sur la vitesse et la qualité de votre guérison.

☐ **Fumeur**	☐ **Médicaments** OUI ☐ NON ☐ Lesquels :

LATÉRALITÉ ☐ Droitier ☐ Gaucher ☐ Ambidextre

FEMMES — SI APPLICABLE ☐ Enceinte ☐ Post-césarienne

☐ **Autre condition**

SECTION D — INFORMATIONS SENSIBLES

Ces informations sont collectées parce qu'elles ont une incidence directe sur la sécurité ou l'efficacité de certaines techniques dans votre plan de traitement. Elles ne sont communiquées à des tiers qu'avec votre consentement explicite, sauf lorsque la loi l'exige.

☐ **Herpès / Sida / Hépatite**	☐ **Alcoolisme / Drogue**	☐ **Santé mentale**

E — Consentements à la collecte et à la communication

En cochant les cases ci-dessous, vous consentez à l'utilisation de vos renseignements personnels aux fins précisées.

☐ **Collecte et utilisation aux fins de tenue de dossier**

Je consens à ce que PhysioOutaouais collecte et utilise mes renseignements personnels et de santé pour assurer ma prise en charge, créer et tenir mon dossier physiothérapique, et dans le contexte spécifique d'assurer le suivi de mes traitements.

☐ **Transmission de rapports — médecin, employeur, CNESST / SAAQ / WSIB**

J'autorise PhysioOutaouais à envoyer une copie ou un rapport de mon dossier aux individus ou organismes suivants : *(veuillez spécifier)*

☐ Médecin(s) ☐ Employeur ☐ CNESST / CSPAAT / SAAQ ☐ Autre :

Cette autorisation est valide pour la durée du soin initial ayant motivé la présente visite. Toute utilisation à une autre fin fera l'objet d'une revalidation de votre consentement.

☐ **Réception de renseignements d'un établissement tiers**

J'autorise l'établissement : _____ à faire parvenir à PhysioOutaouais les renseignements suivants :

Un consentement spécifique vous sera demandé au besoin si l'une des situations suivantes s'applique : téléréadaptation, présence d'un(e) stagiaire lors de vos séances, utilisation de photos ou de vidéos à des fins thérapeutiques ou de formation, sondages de satisfaction, témoignages ou avis publics, communications marketing.

F — Politique d'annulation

Votre physiothérapeute est rémunéré(e) à l'acte et n'est donc pas rémunéré(e) en votre absence. Les organismes payeurs (CNESST, WSIB, SAAQ) ne paient pas les absences et exigent qu'elles leur soient déclarées, ce qui peut entraîner la fin des services couverts.

☐ J'ai lu et j'accepte les conséquences d'une absence non avisée 24 heures à l'avance. Je comprends qu'un montant pouvant atteindre 50 % du coût du traitement peut m'être facturé à la discrétion de mon physiothérapeute.

Avis de consentement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels

Les renseignements personnels collectés dans ce formulaire sont utilisés aux fins indiquées dans chaque section, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* (Loi 25) et à la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (Loi 5). Pour en savoir plus, consultez notre **Politique de protection de la vie privée**, disponible à l'accueil et sur physiooutaouais.ca. Vous pouvez modifier ou retirer votre consentement en tout temps, en communiquant avec notre responsable de la protection des renseignements personnels à *info@physiooutaouais.ca* ou en discutant directement avec votre physiothérapeute. La modification ou le retrait de certains aspects de votre consentement pourrait avoir un impact sur les services que nous sommes en mesure de vous offrir. Votre consentement pourra être revalidé ponctuellement dans certaines situations : changement aux fins de collecte ou d'utilisation, modification de notre Politique de protection de la vie privée, changements importants à votre dossier, ou temps écoulé significatif entre vos séances.

Consentement aux soins

Le consentement aux soins en physiothérapie sera obtenu et validé verbalement par votre physiothérapeute, après l'explication de votre plan de traitement, lors de votre première séance ou lors d'une modification du plan de traitement.

Je déclare que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes à ma connaissance. Je comprends qu'en tout temps, je peux poser des questions à mon physiothérapeute au sujet de mon plan de traitement ou consulter la **Politique de protection de la vie privée** de PhysioOutaouais pour obtenir de l'information sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels.

Signature du patient (14 ans ou plus)	Date (AAAA / MM / JJ)
Signature de la personne autorisée (si applicable)	Lien avec le patient
Signature du physiothérapeute	Date (AAAA / MM / JJ)