



CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ DE TROIS-RIVIÈRES

FORMULAIRE – NOUVEAU PATIENT

1. IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) : _____

☐ Si le patient est un enfant, indiquer le #RAMQ d'un parent : _____

Profession / École / Garderie : _____

Pays d'origine : _____

Dominance : ☐ Droite ☐ Gauche

2. SITUATION FAMILIALE

Conjoint(e) : ☐ Oui ☐ Non

Enfants : ☐ Non ☐ Oui (nombre : ____)

Les enfants vivent à domicile : ☐ Oui ☐ Non

☐ Garde partagée

☐ Adoption

☐ DPJ

☐ Famille d'accueil

☐ Autre : _____

3. ALLERGIES

☐ Aucune connue

Allergène	Réaction	Année
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. MÉDICATION ACTUELLE

- ☐ Aucune médication
☐ Liste officielle de la pharmacie jointe
☐ Produits naturels

Nom du médicament	Dose	Indication
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Produits naturels / Suppléments

Nom du produit	Dose	Raison
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allergie ou intolérance médicamenteuse :

☐ Aucune

Préciser : _____

5. HABITUDES DE VIE

Tabac / Vapoteuse

☐ Jamais ☐ Actuel ☐ Ancien (année d'arrêt : _____)

Quantité : _____

Alcool

☐ Jamais ☐ Occasionnel ☐ Régulier

Quantité : _____

Drogues

☐ Jamais ☐ Actuel ☐ Ancien

Préciser : _____

Caféine

☐ Aucune ☐ 1–2 / jour ☐ 3 ou plus / jour

Activité physique

Type : _____

Fréquence : _____

6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

☐ Aucun antécédent connu

Diagnostic	Année	Traitement / Médication
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hospitalisation antérieure : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, raison et date : _____

7. ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

☐ Aucun

Chirurgie	Année	Complications
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Consultation en santé mentale : ☐ Non ☐ Oui

Diagnostic(s) : _____

Médication : ☐ Actuelle ☐ Antérieure ☐ Aucune

Préciser : _____

Arrêt de travail lié à la santé mentale : ☐ Oui ☐ Non

Période : _____

9. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Antécédents familiaux pertinents

Parents / Fratrie

- ☐ Maladie cardiovasculaire (AVC, infarctus, arrêt cardiaque)
- ☐ Cancer du sein
- ☐ Cancer colorectal
- ☐ Cancer de la prostate
- ☐ Autre cancer : _____
- ☐ Autre condition significative : _____

Si le patient est un enfant :

- ☐ Asthme infantile
- ☐ Surdité congénitale
- ☐ Maladie génétique
- ☐ Dysplasie des hanches
- ☐ Cardiopathie congénitale

10. POINTS    DISCUTER AVEC LE PROFESSIONNEL

DÉCLARATION

Je confirme que les informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance.

Nom du patient (lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : ____ / ____ / ____