



Nom du patient: _____

Prénom du patient: _____

M. /Mme / Mlle (svp encercler)

Nom de marié (si applicable): _____

Patient ID #: _____

Date de naissance: _____

d'assurance maladie: _____

Date d'expiration RAMQ: _____

Adresse: _____

Ville/ Province: _____

Code postal: _____

Personne à contacter en cas d'urgence
(Nom & # de téléphone): _____

Téléphone domicile: (____) _____

Téléphone travail/cellulaire: (____) _____

SVP cocher toutes les boîtes applicables: Oui / Non

Adresse courriel: _____

Diabète Oui Non

Médecin traitant: _____

Hypertension artérielle Oui Non

Cardiopathie Oui Non

Maladie pulmonaire Oui Non

ACV Oui Non

Chirurgie antérieure Oui Non

Nature & date _____

Allergies aux médicaments Oui Non

SVP spécifier _____

Autres allergies Oui Non

SVP spécifier _____

Médicaments Oui Non

SVP spécifier _____

Symptômes et signes de varices:

Intérêt cosmétique Oui Non

Douleur à l'endroit de la varice: Oui Non

Pesanteur/douleur/ de la (des) jambe (s): Oui Non

Enflure: Oui Non

Traitements antérieurs de varice (SVP spécifier type et date):

Sclérothérapie Oui Non _____

Sclérothérapie avec mousse Oui Non _____

Chirurgie de varice (éveinage) Oui Non _____