



## ASSOCIATION DES PÉDICURES DU QUÉBEC (1992) INC.

7400, boul. Les Galeries d'Anjou, bureau 410  
Anjou, (Québec) H1M 3M2  
Tél.: (514) 259-2882 - Télécopieur: (514) 355-4159

### Bon de commande

Nom: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Numéro membre: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_  
 Province : (Québec) Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Courriel: \_\_\_\_\_

Référence	Quantité	Description	Prix unitaire	Montant
FICHE CLIENT		Tablette de 50 pour 5\$ plus frais de livraison 3\$	8,00	
		(Les frais de livraison peuvent varier selon la quantité demandée)		

Sous total

**Total**

Montant reçu

**Solde à payer**



7400, Boul. Les Galeries d'Anjou  
Bureau 410  
Anjou (Québec)  
H1M 3M2

(0311-1)

Fiche client  
Ouverture du dossier

Membre no: \_\_\_\_\_

Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Activité : \_\_\_\_\_  
 C.P. : \_\_\_\_\_ Personne à contacter : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Entretien quotidien : \_\_\_\_\_  
 Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ (bur.) : \_\_\_\_\_ Motif de la consultation : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé des pieds : \_\_\_\_\_

Date du dernier rendez-vous : \_\_\_\_\_

Êtes-vous présentement sous traitement médical ? Oui  Non

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_ Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Médication / onguent : \_\_\_\_\_

Profil santé	Oui	Non	Commentaires
Allergies			
Troubles circulatoires			
Œdème <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/>			
Ulcère <input type="checkbox"/> Phlébite <input type="checkbox"/>			
Diabète			
Type : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/>			
Chirurgie - Trauma - Amputation (orteils, pieds, jambes)			
Dermopathie <input type="checkbox"/> Hémophilie <input type="checkbox"/>			
Troubles cardiovasculaires			
Hépatite <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/>			
SARM			
Arthropathie			

\* Le soin des pieds prodigué par le pédicure sert à des fins d'hygiène et de prévention. Après l'examen de mes pieds, j'autorise le pédicure à procéder aux soins nécessaires pour le soulagement de mon inconfort.

Signature du client \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_