



SYNDICAT PROFESSIONNEL DES ORTHOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (CPMDQ)

L.R.Q., c. S-40

DÉCLARATION DU PRATICIEN TRAITANT/DECLARATION OF TREATING PRACTITIONER  
TRAITEMENT D'ORTHOTHÉRAPIE / ORTHOTHERAPY TREATMENT

INFORMATION SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE / INFORMATION ON THE POLICY HOLDER

NOM AU COMPLET / FULL NAME: \_\_\_\_\_

RESIDENCE VILLE / CITY / PROVINCE : \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR / EMPLOYER: \_\_\_\_\_ OCCUPATION: \_\_\_\_\_

TÉL. BUR. / BUS: \_\_\_\_\_ (TEL. RES.): \_\_\_\_\_

INFORMATION SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION

NOM AU COMPLET / FULL NAME: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NO. POLICE / POLICY NUMBER : \_\_\_\_\_

PROBLÈME SANTÉ / HEALTH PROBLEM: \_\_\_\_\_

Ce cas relève-t-il de la Commission du travail/ Is workman's compensation involved in this case :  NON / NO

La grossesse est-elle la cause de cet état/ Is pregnancy the cause of the patient's health state :  NON / NO

EXAMEN / ASSESSMENT:

PSYCHIQUE/PHYSIQUE

PRIMAIRE/COMPLET

BILAN SANTÉ

PSYCHOLOGICAL/PHYSICAL

PRIMARY/COMPLETE

GENERAL HEALTH QUESTIONAIRE

TRAITEMENT/TREATMENT

Techniques d'orthothérapie/Orthotherapy techniques  Massage/Durée/duration \_\_\_\_\_

Autres/Other

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J/D M/M A/Y \_\_\_\_\_ \$

Nombre de session / Number of treatments: \_\_\_\_\_ Coût par session / Fees per treatment \$ \_\_\_\_\_

Tarif à l'heure / Hourly rate \$ \_\_\_\_\_ Total des honoraires chargés / Total fees charged \$ \_\_\_\_\_

Ce traitement est dispensé par le thérapeute licencié(e) ci-dessous. Les membres du syndicat professionnel sont assermentés à la confidentialité du traitement et du dossier de leurs clients. This treatment is provided by the licensed therapist below. Therapists member of the professional syndicate are sworn under oath towards the confidentiality of the treatment and their client's files.

NOM ET NUMÉRO DE LICENCE DE L'ORTHOTHÉRAPEUTE / ORTHOTHERAPIST'S NAME AND LICENSE NUMBER

Nom/Name :

Licence/License No.:

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Téléphone Montréal et environs : (514) 316-1046 Téléphone extérieur de Montréal : (800) 624-6627

Télécopieur: (514) 221-3740 Courriel: [info@cpmdq.com](mailto:info@cpmdq.com) Site Internet : [www.cpmdq.com](http://www.cpmdq.com)

101, boul. Cardinal-Léger, Casier Postal 51071, Pincourt (QC) J7W 9T3