

## INSCRIPTION

DATE: \_\_\_\_\_

**Patient:** Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_  
 Tél. Domicile \_\_\_\_\_ Tél. Bureau \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
 Adresse: (N°, Rue, App.) \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Sexe  H  F Âge \_\_\_\_\_ Date naissance \_\_\_\_\_ État civil :  Sans conjoint  Avec conjoint  
 N° Assurance Maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
 Raison de la visite  Maladie  Accident de travail  Accident d'auto  Autre

**Assurance :** Personne assurée \_\_\_\_\_

Lien avec la personne assurée  Même  Conjoint(e)  Enfant  Autre

**Comment et où avez-vous entendu parler de cette clinique?** \_\_\_\_\_

<b>EMPLOYEUR</b>	Nom de la compagnie _____ Occupation _____ Adresse _____ Tél: _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Ville _____ Province _____ Code postal _____ Nb Années de service _____
<b>CONJOINT(E) (PARENT)</b>	Nom _____ Date naissance _____ N° Ass. Sociale: _____ Nom Prénom(s) Nom de l'employeur _____ Nb Années de service _____ Adresse _____ Tél: _____ Occupation _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____ <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel Peut-on aborder l'information clinique ou financière avec votre conjoint(e) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>ASSURANCE DU PATIENT</b>	Veillez indiquer toute assurance privée et/ou de votre employeur que vous ou votre conjoint détenez Compagnie d'assurance _____ N° de la police d'assurance: _____ Date d'entrée en vigueur: _____ Nom de l'assuré: _____ N° Identification: _____
<b>ASSURANCE DU CONJOINT</b>	Veillez indiquer toute coassurance privée et/ou de votre employeur que vous ou votre conjoint détenez Compagnie d'assurance _____ N° de la police d'assurance: _____ Date d'entrée en vigueur: _____ Nom de l'assuré: _____ N° Identification: _____
<b>INFORMATION MÉDICALE ET LÉGALE</b>	<b>Vos symptômes actuels sont-ils en lien ou le résultat d'un accident d'auto, d'un accident de travail ou de toute autre blessure pour lesquels quelqu'un d'autre pourrait être légalement responsable?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de l'accident: _____ Accident d'auto <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Accident de travail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Médecin de famille _____ Personne à contacter en cas d'urgence (Nom et Tél.) _____ Représentant légal _____ Téléphone: _____ Adresse: _____
<b>Accord du patient &amp; Autorisation pour la transmission des documents médicaux et de santé pour le traitement et le remboursement des réclamations</b>	<b>Affectation juridique des prestations et Désignation du représentant autorisé</b> Je demande les services médicaux du Dr Rémi Nader et associés. Je comprends les conséquences de cette requête. Je deviens responsable financièrement de toutes les dépenses que cette prise en charge va occasionner. Une vérification pourrait être faite pour s'assurer si la police d'assurance couvre mon traitement (s'il y a lieu). Je comprends que cela n'est pas garanti. Je reconnais que je suis personnellement responsable pour assurer le financement requis. Je donne permission, par la présente aux bureaux associés au Dr Rémi Nader d'obtenir le remboursement par la compagnie d'assurance de tous les services médicaux et chirurgicaux rendus par le Dr Rémi Nader et associés (s'il y a lieu). J'autorise mon assurance personnelle (s'il y a lieu) de payer directement les bureaux associés au Dr Rémi Nader pour les services médicaux me concernant ou concernant la personne à charge. Je consens de communiquer les informations nécessaires pour procéder au remboursement de l'assurance me concernant ou concernant la personne à charge. Le patient est responsable de payer le médecin traitant au préalable, sans tenir compte de savoir si la police d'assurance couvre ou non les frais. Si nécessaire, une demande de prolongement doit être préalablement discutée et approuvée par les bureaux associés au Dr Rémi Nader. Je comprends et accepte d'être légalement responsable de toutes dépenses et tous frais que j'ai autorisés indépendamment de tout paiement d'assurance ou de prestation applicable. Ainsi, j'autorise les bureaux associés au Dr Rémi Nader de transmettre toute information médicale nécessaire pour le traitement des réclamations tel que prévu par la loi. Par la présente j'autorise tout administrateur ou fiduciaire, ainsi que mon représentant légal de transmettre à ces bureaux tout et chacun des documents, polices d'assurance et/ou information sur demande écrite de tel fournisseur pour réclamer les remboursements et utiliser toutes voies de recours applicables. J'autorise l'utilisation de cette signature pour toute réclamation et demande de remboursement auprès de mon assurance et/ou celle de mon employeur (s'il y a lieu). Par la présente, je permets aux bureaux associés au Dr Rémi Nader, dans les limites permises par la loi, de procéder à toute demande de remboursement de prestations, de compensations et autres redressements que je pourrais obtenir auprès de toute assurance de groupe ou individuelle (s'il y a lieu) pour toute dépense d'ordre médical encourue légalement à cause des services médicaux que j'ai reçus du fournisseur susmentionné et dans les limites permises par la loi incluant, mais sans se limiter à, (1) obtenir l'information sur la réclamation au même titre que le cédant, (2) soumettre les preuves, (3) faire des déclarations sur les faits ou la loi, (4) présenter toute demande et recevoir tout avis en lien avec la procédure, et (5) toute mesure administrative ou juridique de ce fournisseur pour poursuivre toute réclamation et si nécessaire procéder aux poursuites légales envers toute tierce partie responsable, mais aux frais de tel fournisseur. Tant qu'elle n'est pas résiliée, cette autorisation est valide pour tous recours administratifs et juridiques. Une photocopie de cette autorisation sera considérée aussi valide que l'original. J'autorise, par la présente, les bureaux associés au Dr Rémi Nader d'émettre toute information médicale pour procéder au recouvrement de la compagnie d'assurance, d'une tierce personne responsable du paiement, d'une entité financière, d'un responsable de mon traitement, d'un représentant local, provincial ou fédéral en accord avec la loi, d'un audit, d'une référence ou couverture médicale. J'ai lu et compris cette autorisation.
	<b>X</b> _____ Signature du patient ou de son représentant personnel Date

## HISTORIQUE MÉDICAL DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Date Examen: \_\_\_\_\_

Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

Raison de la visite médicale (explication brève): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Blessure/Date \_\_\_\_\_ Maladie/Date du début \_\_\_\_\_ Symptômes/Date du début \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> opinion \_\_\_\_\_

## 1. Douleur

- au cou     à l'épaule     au bras / à la main  
 au dos     à la hanche     à la jambe /au pied  
 autre \_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps ressentez-vous cette douleur? \_\_\_\_\_

3. La douleur est ressentie d'une façon :

- occasionnelle     intermittente     tout le temps  
 durant la journée     durant la nuit     aucune différence

4. La douleur dure habituellement: \_\_\_\_\_ (durée approx.)

- secondes     minutes     heures     jours     semaines

5. Êtes-vous :    droitier \_\_\_\_\_    gaucher \_\_\_\_\_  
Utilisation des deux mains \_\_\_\_\_

6. la douleur ressentie est:

- lancinante     aigüe     comme un coup de couteau  
 comme une brûlure     une crampe

Localisation de la douleur:     au milieu ou au bas du dos du côté gauche     du côté droit dans le muscle fessier / traverse le bas du dos

7. Intensité de la douleur (échelle de 1-10: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)

- aucune douleur (0)     douleur légère (1-2)  
 douleur moyenne (3-4)     douleur sévère (5-6)  
 douleur très sévère (7-8)     pire (9-10)

8A. La douleur au cou comparée à la douleur au bras:

- pire au cou     la même chose     moins douloureux au cou

8B. La douleur au dos comparée à la douleur à la jambe:

- pire au dos     la même chose     moins au dos

9. La posture et/ou les activités qui affectent la douleur:

- a. Assis     mieux     pire  
b. Debout     mieux     pire  
c. En marche     mieux     pire  
d. Étendu     mieux     pire  
e. La nuit, la douleur     mieux     pire  
f. Toux, Éternuement     mieux     pire  
g. Étirement     mieux     pire  
h. Mouvement     mieux     pire  
i. Dans la journée, la douleur     mieux     pire  
j. Inactif     mieux     pire

10. Incontinence urinaire ou fécale?     NON     OUI11. Les jambes flanchent ou sont paralysées?  NON     OUI

12. Tests antérieurs: où/ quand ?

 IRM \_\_\_\_\_ Tomographie \_\_\_\_\_ Myélogramme \_\_\_\_\_     EMG \_\_\_\_\_ Discogramme \_\_\_\_\_     Scan des os \_\_\_\_\_

13. Traitement donné:

- Repos au lit     analgésique     relaxant musculaire  
 anti-inflammatoire non-stéroïdal     SNET     chiro  
 physiothérapie     injection épidurale  
 autres injections     orthèse pour le cou/ le dos  
 décompression des nerfs     suppression du disque  
 fusion du rachis

14. Résultat du traitement antérieur:

- inefficace     partiellement efficace     très efficace

15. Condition actuelle:

Reliée à un accident ?     oui     nonCouverte par l'indemnité d'accident au travail?     oui     nonLiée à une blessure au travail?     oui     nonObjet d'un litige?     oui     non

Si oui, nom de l'avocat \_\_\_\_\_

Tél.# \_\_\_\_\_

Date de la blessure ou de l'accident \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE MÉDICAL DU PATIENT**

NOM : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

**MÉDICATION:**

Liste des médicaments et raison de leurs prescriptions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIES:**

Liste des médicaments auxquels vous êtes allergique et la réaction que vous avez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HOSPITALISATION PASSÉE / antécédents chirurgicaux :**

cochez toutes les chirurgies RACHIDIENNES précédentes et indiquez-en la date :

- Aucune  Thoracique \_\_\_\_\_  
 Lombaire \_\_\_\_\_  
 Cervicale \_\_\_\_\_

Cochez les AUTRES chirurgies:  Aucune  appendicectomie  
 chirurgie cardiaque  amygdales / adénoïdectomie  
 enlèvement des dents de sagesse  chirurgie vésicule biliaire  
 autre chirurgie orthopédique  chirurgie de la thyroïde  
 chirurgie du sein  réparation des hernies  Césarienne  
 autre \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS**

Avez-vous une histoire de problèmes médicaux ou chirurgicaux des cas suivants (expliquez svp)?

	NON	OUI	
Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Circulation/ Flux sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Poumons / Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utérus/Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dépression/Problèmes mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arthrites/Articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Caillots de sang/d'autres problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsions cérébrales/épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maux de tête / Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vertiges / évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hépatites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres problèmes médicaux:			_____

**EXAMEN DES SYSTÈMES**

Cochez les items qui vous concernent :

**Musculo-squelettiques/articulations :**

- Maladie musculaire  Arthrites

**Neurologique:**  Maux de tête  Epilepsie

Accident vasculaire cérébral

**Métabolisme:**  Diabète  Problèmes de la thyroïde

**Troubles de la coagulation:**  Anémie  Caillots

Problèmes de saignement

**Urinaire:**  Sang dans l'urine  miction fréquente

Problème de commencer la miction

La difficulté à cesser d'uriner  Douleur à la miction

Maladie de la prostate  Maladie rénale

**Respiratoire:**  Asthme  Bronchites  BPCO

Emphysème  Pneumonie  Tuberculose

**Cardiovasculaire:**  Douleur de poitrine

Prolapsus valvulaire mitral  Battements de cœur irréguliers

Haute pression sanguine  Essoufflement

**Génital:**  Infections  Herpès  Maladie vénérienne

**Gastro-intestinal:**  Ulcères d'estomac  Problèmes de vésicule biliaire  Pancréatite  Colite  Sang dans les selles

Hernie hiatale  Maladie du foie  Constipation

Perte de contrôle de l'intestin  Hépatite  Jaunisse

**Cancer:**  poumons  Seins / Colon / Intestin  Estomac

Prostate  Peau  Rein  Os

autre tumeur maligne \_\_\_\_\_

**Maladies immunologiques:**  Infection au VIH / Sida

**Seulement pour les femmes :**  Endométriose

Prenez vous la pilule?  NON  OUI

Êtes-vous présentement enceinte?  NON  OUI

Date prévue de l'accouchement: \_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernier examen physique complet? \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois

Y a-t-il eu des résultats anormaux?  NON  OUI, décrivez: \_\_\_\_\_

**STYLE DE VIE**

Fumez-vous maintenant?  Non  Oui : Combien de paquets par jour: \_\_\_\_\_ durant \_\_\_\_\_ années

Fumiez-vous dans le passé?  Non  Oui: Combien de paquets par jour: \_\_\_\_\_ durant \_\_\_\_\_ années

Buvez-vous de l'alcool?  Non  Oui : Combien par semaine: \_\_\_\_\_ durant \_\_\_\_\_ années

Avez-vous une histoire d'abus de drogue?  Non  Oui: Décrivez \_\_\_\_\_

**STATUT SOCIAL**

État civil du patient:  Marié(e)  Conjoint(e) de fait

Veuf (veuve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

Nombre d'enfants: \_\_\_\_\_

Loisirs: \_\_\_\_\_

Profession du conjoint: \_\_\_\_\_

HISTORIQUE MÉDICAL DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

HISTORIQUE FAMILIAL:

Veillez cocher tout problème qui concerne la famille immédiate :

- Diabète  Pression élevée du sang  Maladie de cœur
 Douleur au cou  au dos  Pression artérielle faible
 Maladie rénale  Dépression/problèmes mentaux
 Alzheimer/ Perte de mémoire  Maladie vasculaire
 Accident vasculaire cérébral/tumeur cérébrale/ anévrisme
 Problèmes pulmonaires  Parkinson  Sclérose en plaques
 Cancer: \_\_\_\_\_
Autre \_\_\_\_\_

Y a t-il une raison quelconque qui vous interdit de recevoir du sang ou des produits sanguins  non  oui: \_\_\_\_\_

HISTORIQUE PROFESSIONNEL

Occupation: \_\_\_\_\_
Employeur: \_\_\_\_\_
Quand est-ce que l'employeur vous a embauché? \_\_\_\_\_
Travaillez-vous actuellement?  Oui  Non
Depuis combien de temps avez-vous arrêté le travail? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre travail vous oblige à réaliser les activités suivantes :

- Soulever \_\_\_\_\_ kg  Rester assis
 Utiliser un ordinateur  Lever par dessus la tête
 Se pencher en avant
 Conduire un camion ou un chariot élévateur
 Être Debout

Si vous avez un(e) conjoint(e), travaille-t-il (elle)

- Oui  Non

Si NON, depuis combien de temps a t-il/elle arrêté de travailler?

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES DU PATIENT

(Fournir des explications supplémentaires dans l'espace ci-dessous)

Je certifie que les informations données, dans ce formulaire, sont correctes et complètes au meilleur de ma connaissance.

X \_\_\_\_\_
Signature du patient ou de son représentant Date Vérifié par le médecin/l'infirmière/ l'assistant médical

AUTORISATION D'EXPLOITATION & DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS/ CONSENTEMENT DE PUBLIER LA PHOTOGRAPHIE

J'autorise le Dr Rémi Nader, MD et associés, de prendre des photos et/ou des vidéos de moi-même/de ma chirurgie, d'utiliser les informations dans mon dossier médical dans des publications, des consultations, des rapports opératoires, des rapports de laboratoire et de pathologie, des images de radiologie dans des documents cliniques pour des études médicales ultérieures. Je comprends que toutes les informations, mentionnées ci-dessus, pourraient être utilisées dans ces conditions. Je comprends que je peux rejeter cette autorisation à tout moment, mais cela doit être fait par écrit. Cependant, cela ne peut pas inclure les informations déjà divulguées. Je me dégage de toutes réclamations qui touchent le Dr Rémi Nader, MD et associés concernant l'utilisation de ces informations. Je comprends aussi que ces informations appartiennent au Dr Rémi Nader, MD et associés. Je comprends, en outre, que la divulgation de ces informations n'est pas protégée par les règles de confidentialité fédérales et provinciales.

X \_\_\_\_\_
Signature du patient ou de son représentant Date