NEUROCHIRURGIE **Rémi Nader, MD**
CP 26038, BP Salaberry, Montréal, QC, H3M 3E8

INSCRIPTION

DATE: _____

Patient: Nom _____ Prénom(s) _____
Tél. Domicile _____ Tél. Bureau _____ Courriel _____
Adresse: (N°, Rue, Appt) _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Sexe ☐ H ☐ F Âge___ Date naissance _____ ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)
N° Assurance sociale _____ N° Permis de conduire _____
Nom de la personne assurée _____ Comment et où avez-vous entendu parler de cette clinique? _____
Nom Prénom(s)
Lien avec la personne assurée ☐ Même ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant ☐ Autre
Raison de la visite ☐ Maladie ☐ Accident de travail ☐ Accident d'auto ☐ Autre

EMPLOYEUR	Nom de la compagnie _____ Occupation _____ Adresse _____ Tél: _____ ☐ Temps plein ☐ Temps partiel Ville _____ Province _____ Code postal _____ Nb Années de service _____
CONJOINT(E) (PARENT)	Nom _____ Date naissance _____ N° Ass. Sociale: _____ Nom Prénom(s) Nom de l'employeur _____ Nb Années de service _____ Adresse _____ Tél: _____ Occupation _____ Ville _____ Province ___ Code postal _____ ☐ Temps plein ☐ Temps partiel Peut-on aborder l'information clinique ou financière avec votre conjoint(e) ? ☐ Oui ☐ Non
ASSURANCE DU PATIENT	Veuillez 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: _____
ASSURANCE DU CONJOINT	Veuillez indiquer toute co-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: _____
INFORMATION MÉDICALE ET LÉGALE	**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? ☐ Oui ☐ Non** Date de l'accident: _____ Accident d'auto ☐ Oui ☐ Non Accident de travail ☐ Oui ☐ Non Enceinte ☐ Oui ☐ Non Stimulateur cardiaque ☐ Oui ☐ Non Médecin de famille _____ Personne à contacter en cas d'urgence (Nom et Tél.) _____ Représentant légal _____ Téléphone: _____ Adresse: _____
Accord du patient & Autorisation pour la transmission des documents médicaux et de santé pour le traitement et le remboursement des réclamations	**Affectation juridique des prestations et Désignation du représentant autorisé** 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 telle 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. **X** _____ _____ Signature du patient ou de son représentant personnel Date

Rémi Nader, M.D.

NEUROCHIRURGIE
CP 26038, BP Salaberry
Montréal, QC, H3M 3E8

HISTORIQUE MÉDICAL DU PATIENT

NOM :_____Date:_____ DATE DE NAISSANCE:_____

Taille: _____ Poids: _____

Raison de la visite médicale (explication brève):_____
_____
_____
_____

☐ Blessure/Date _____

☐ Maladie/Date du début _____

☐ Symptômes/Date du début _____

☐ 2e 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)

8. La douleur au cou comparée à la douleur au bras:
   ☐ pire au cou ☐ la même chose ☐ moins douloureux au cou
   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 ☐OUI

11. 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 ☐ non
Couverte par l'indemnité d'accident au travail? ☐ oui ☐non
Liée à une blessure au travail? ☐ oui ☐ non
Objet d'un litige? ☐ oui ☐ non
Si oui, nom de l'avocat _____
Tél.#_____

Date de la blessure ou de l'accident_____

Rémi Nader, M.D.

NEUROCHIRURGIE
CP 26038, BP Salaberry
Montréal, QC, H3M 3E8

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	□	□	_____
Oreilles	□	□	_____
Peau	□	□	_____
Cœur	□	□	_____
Circulation/ Flux sanguin	□	□	_____
Poumons / Asthme	□	□	_____
Estomac	□	□	_____
Intestins	□	□	_____
Reins	□	□	_____
Utérus/Prostate	□	□	_____
Dépression/Problèmes mentaux	□	□	_____
Arthrites/Articulations	□	□	_____
Caillots de sang/d'autres problèmes	□	□	_____
Hypertension artérielle	□	□	_____
Diabète	□	□	_____
Cancer	□	□	_____
Convulsions cérébrales/épilepsie	□	□	_____
Maux de tête / Migraines	□	□	_____
Vertiges / évanouissement	□	□	_____
Hépatites	□	□	_____

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: _____

Rémi Nader, M.D.

4

NEUROCHIRURGIE
CP 26038, BP Salaberry
Montréal, QC, H3M 3E8

HISTORIQUE MÉDICAL DU PATIENT

NOM :_____Date:_____ DATE DE NAISSANCE:_____

HISTORIQUE FAMILIAL:

Veuillez 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