



Correctional Service Canada    Service correctionnel Canada

MEDICAL

MÉDICAL

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIEL

PROTECTED - PROTÉGÉ

MEDICAL AND  
HEALTH CARE  
SERVICES

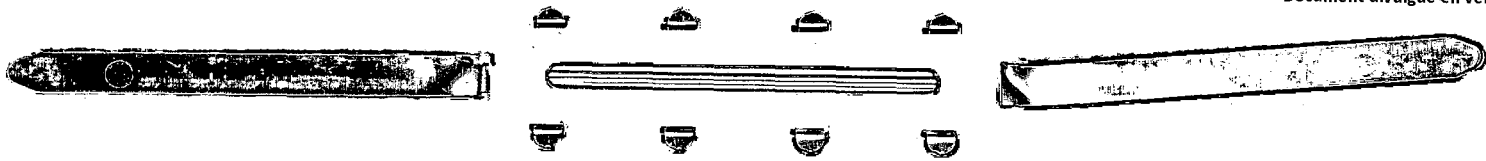
SERVICES  
MÉDICAUX ET  
DES SOINS DE SANTÉ

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| BLOOD TYPE<br>GROUPE SANGUIN | Date of birth<br>Date de naissance |
|                              | Y-A    M-M    D-J                  |

CSC 403

|  |  |  |  |   |   |   |   |
|--|--|--|--|---|---|---|---|
|  |  |  |  | 6 | 1 | 7 | 1 |
|--|--|--|--|---|---|---|---|



SECTION - 6  
IN-PATIENT CHARTS      MALADE HOSPITALISE  
INTER-INSTITUTION      TRANSFERT D'UNE  
TRANSFER                INSTITUTION A  
OTHER MED. FORMS      L'AUTRE  
                                 AUTRES FORMULES  
                                 MEDICALES

1716      HASSIM   ROBERT LEWIS  
F.P.S.      24/19654

DATE PHYSICAL EXAM

DATE DU RAPPORT DE  
L'EXAMEN MÉDICAL

84-04-13

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

SECTION - 1

MEDICAL HISTORY  
PHYSICAL EXAM  
RECORD OF  
IMMUNIZATION  
TEMP. PROBLEM LIST  
MAJOR PROBLEM LIST

ANTÉCÉDENT MÉDICAUX  
EXAMEN MÉDICAL  
REGISTRE DES  
IMMUNISATIONS  
LISTE TEMP DE PROBL  
LISTE MAJ DE PROBL

[illegible]

REC-2411782



The health services of the Regional Reception Center offers you an immunization program against:

1. Tetanus
2. Influenza, - for persons 65 and over or for persons suffering from cardio-pulmonary and chronic renal diseases.

Would you complete this form and return it to the Medical Clinic of the establishment.

I wish to be inoculated against:

OUI

NO

TETANUS

INFLUENZA

Date 12-04-84 No 1716 Nom Hassim P. Lewis - Age: \_\_\_\_\_

Signature: R. Robert Hassim



Correctional Service  
Canada

Service correctionnel  
Canada

## RECORD OF IMMUNIZATIONS

**NOTE: To be completed  
in accordance with  
D.I. 1101**

# REGISTRE DES IMMUNISATIONS

**NOTE: À remplir conformément  
à l'I.D. 1101**

**FEDERAL INFORMATION BANK NUMBER.  
NUMÉRO DE LA BANQUE FÉDÉRALE DE DONNÉES**

23241

HASSIM ROBERT LEWIS

Inmate's name  
Nom du détenu

1716

Inmate's number  
Numéro du détenu

|                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| FPS number — Numéro S.E.D. | Institution — Établissement |
|----------------------------|-----------------------------|

**C. R. R. (QUÉBEC)**

TABLE - TABLEAU I - IMMUNIZATIONS - IMMUNISATIONS

[illegible][illegible][illegible]

Correctional Service  
CanadaMEDICAL  
HISTORYService correctionnelle  
CanadaANTÉCÉDENTS  
MÉDICAUXMEDICAL  
CONFIDENTIALMÉDICAL  
CONFIDENTIELFederal Information Bank Number  
N° de la banque fédérale de données

23241

Inmate's name  
Nom du détenu

HASSIM ROBERT LEWIS

Inmate's number  
Numéro du détenu

1716

F.P.S. number  
Numéro S.E.D.

27-02-08

Date of birth  
Date de naissanceINSTITUTION  
ÉTABLISSEMENT

C.R.R. (QUÉBEC)

Sex / Sexe

M ☐ F ☐

## TO BE COMPLETED BY THE INDIVIDUAL - À REMPLIR PAR LE PATIENT

PERSONAL HISTORY - "X" column if you have now, or had in the past any of the following:

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS - Marquez d'un "X" si vous avez déjà souffert ou souffrez encore des troubles suivants:

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Mental disorders, nervous breakdown<br>Troubles psychiques, dépressions nerveuses   | 2. <input type="checkbox"/> Epilepsy/loss of consciousness<br>Épilepsie/évanouissements  | 3. <input type="checkbox"/> Serious head injury or concussion<br>Blessures graves à la tête ou commotion cérébrale                            |
| 4. <input type="checkbox"/> Frequent headaches<br>Maux de tête fréquents  | 5. <input type="checkbox"/> Ear, Nose or throat disease<br>Affection des oreilles, du nez ou de la gorge   | 6. <input type="checkbox"/> Eye trouble, corrective lenses or visual trouble<br>Affections des yeux, verres correcteurs ou troubles oculaires |
| 7. <input type="checkbox"/> Lung disease, Asthma, persistent cough, tuberculosis<br>Affections pulmonaires, asthme, toux tenace, tuberculose                | 8. <input type="checkbox"/> Heart disease, high blood pressure, shortness of breath<br>Maladies du coeur, hypertension, essoufflement                | 9. <input type="checkbox"/> Chest pain<br>Douleurs thoraciques (poitrine)   |
| 10. <input type="checkbox"/> Disorders of kidney, bladder or genital organs, prostate<br>Maladies des reins, de la vessie ou des organes génitaux, prostate | 11. <input type="checkbox"/> Chronic skin conditions<br>Affections chroniques de la peau   | 12. <input type="checkbox"/> Arthritis, rheumatism, rheumatic fever<br>Arthrite, rhumatisme, fièvres rhumatismales                            |
| 13. <input type="checkbox"/> Back pain, spinal disorders<br>Douleurs au dos, troubles de la colonne vertébrale  | 14. <input type="checkbox"/> Allergies, hay fever or hives<br>Allergies, fièvre des foins, urticaire   | 15. <input type="checkbox"/> Venereal disease<br>Maladie vénérienne   |
| 16. <input type="checkbox"/> Drug sensitivities or adverse reaction<br>Réaction à des produits pharmaceutiques  | 17. <input type="checkbox"/> Stomach or bowel, liver or digestive disorders<br>Troubles digestifs ou maladies de l'estomac, des intestins ou du foie | 17A <input type="checkbox"/> Diabetes<br>Diabète  |

## ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS - RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES

|  |                                  |  |                                  |
|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| 18. Have you had any prolonged illness?<br>Avez-vous eu des maladies chroniques?   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> | 19. Do you have any tattoos?<br>Avez-vous des tatouages?   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| 20. Have you ever been admitted to hospital?<br>Avez-vous déjà fait un séjour à l'hôpital?   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> | 21. Have you had surgery?<br>Avez-vous eu des opérations chirurgicales?  | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| a) When - Quand:   |                                  | 22. Have you any regular exercise schedule?<br>Faites-vous régulièrement de l'exercice physique?   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| b) Where - Où:   |                                  | 23. Have you been X-rayed within past 12 months?<br>Avez-vous été radiographié pendant les 12 derniers mois?   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| c) Why - Pourquoi:   |                                  | 25. Are you taking medications?<br>Faites-vous usage de médicaments?   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| 24. Have you any restrictions on your physical activity?<br>Votre activité physique est-elle restreinte?                           | Yes/Oui <input type="checkbox"/> | CONSUMPTION / DÉPENDANCE - Do you take any of the following regularly?<br>— Faites-vous un usage régulier de?<br>(If yes, specify amount and frequency)<br>(Si oui, spécifier quantité et fréquence) |                                  |
| 26. Have you ever received disability pension or compensation?<br>Avez-vous déjà touché une pension d'invalidité ou une indemnité? | Yes/Oui <input type="checkbox"/> | 33. Alcohol / Alcool   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| 27. Are you under treatment for any condition?<br>Êtes-vous actuellement sous traitement?  | Yes/Oui <input type="checkbox"/> | Beer / Bière   | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |

IMMUNIZATIONS - Have you had any immunization for the following?  
IMMUNISATIONS - Avez-vous été immunisé pour les maladies suivantes?

|  | Yes<br>Oui               | Y-A | Date<br>M-M | D-J |
|--|--------------------------|-----|-------------|-----|
| 28. Tetanus / Tétanos                    | <input type="checkbox"/> |     |             |     |
| 29. Tuberculosis (TB) / Tuberculose      | <input type="checkbox"/> |     |             |     |
| 30. Polio                                | <input type="checkbox"/> |     |             |     |
| 31. Influenza (Flu) / Influenza (Grippe) | <input type="checkbox"/> |     |             |     |
| 32. Diphtheria / Diphtérie               | <input type="checkbox"/> |     |             |     |

|                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 34. Drugs / Drogues            | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| 35. Cigarettes                 | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| Cigars / Cigares               | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |
| Pipe tobacco /<br>Tabac à pipe | Yes/Oui <input type="checkbox"/> |

## FAMILY HISTORY ("X" if any of your blood relatives suffered the following:) - Specify relative(s) affected

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (Marquez d'un "X" si un de vos parents a déjà souffert de:) - Spécifier parents atteints

|  |   |  |
|--|---|--|
| 36. <input type="checkbox"/> Diabetes<br>Diabète   | 37. <input type="checkbox"/> Stroke<br>Congestion cérébrale     | 38. <input type="checkbox"/> Heart disease/high blood pressure, rheumatic fever<br>Maladies du coeur/hypertension, fièvres rhumatismales |
| 39. <input type="checkbox"/> Cancer  | 40. <input type="checkbox"/> Mental illness<br>Troubles mentaux | 41. <input type="checkbox"/> Seizure (Epilepsy)<br>Attaque d'apoplexie (Epilepsie)   |
| 42. <input type="checkbox"/> TBC - Migraine - Peptic ulcers - Gout - Glaucoma<br>TB - Migraine - Ulcère peptique - Goutte - Glaucome | Specify illness (disease(s))<br>Spécifier la(les) maladie(s)    |  |

C.R.R. dernière adm.

## TO BE COMPLETED BY NURSE - À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE

Elaborate on all positive findings - Commenter en détail les données positives

Faire venir dossier ant.

Voir dossier S.C.C.

Dernière Inst. S.C.C.

Signature certifies information is correct  
La signature atteste que l'information est exacte

Date

Y-A M-M D-J

Completed by - Complété par

Signature

Qualifications

Individual's signature - Signature de l'individu

43. F.F.I.: The following were examined:  
Libre D'infection: Les Régions suivantes ont été examinées

Head Tête ☒ Mouth Bouche ☒

The patient appears free from infectious or contagious diseases:  
Le patient paraît libre d'infection ou de maladie contagieuse:

If no elaborate — Elaborer-si-tel-n'est pas le cas

Pubic Area  
Région pubienne ☒

Skin  
Peau ☒

☒ Yes  
Oui

☐ No  
Non

DELIA 127 800  
101 127 800

44. Height  
Taille

1.63

45. Weight  
Poids

83

46. Pulse Rate — Puls

1

47. Blood Pressure  
Tension artérielle

110 / 70

Signature

48. Temp.  
Celsius

49. Chest Expansion — Développement

Full Inspiration  
Grande inspiration

Expiration  
Expiration avec force

50. VISUAL ACUITY — PERCEPTION VISUELLE

Right  
Droit

Uncorrected  
Sans correction

Corrected  
Avec correction

20/30

Left  
Gauche

20/20

51.

Glasses  
Lunettes

☒ Yes  
Oui

Contacts  
Lentilles  
cornéennes

☐ NM

Color Blindness  
Daltonisme

☐ NM

Specify color affected:  
Préciser la couleur:

52. Urinalysis — Analyse d'urine:

Blood  
Sang

☐

Sugar  
Sucre

☐

Protein  
Protéine

☐

Bile  
Bile

☐

normal

53. Hearing: Conversational Voice - 6m.  
Perception auditive, ton de conversation normale, à 6m.

Left  
Gauche

Normal  
Normale

Right  
Droit

54. Blood samples sent — Échantillon de sang envoyé

CBC  
ECS

Complete Blood Count  
Numération globulaire  
(Examen complet du sang)

VDRL  
LRMV

Venereal Diseases Research Lab.  
vénéériennes

Yes  
Oui

☐

Yes  
Oui

☒

55. Prosthesis  
(incl. denture)  
Prothèses  
(incluant dentiers)

Present  
Présent

Yes  
Oui

haut  
et  
bas

☒

56. Chest X-Ray  
Radiographie  
Pulmonaire

Yes  
Oui

☒

57. Mantoux

Results (mm)  
Résultats (mm)

☐

Initials — Initiales

Elaborate on all positive findings  
Commenter les constatations anormales

C N K (ONPEBC)

M-M

D-J

04

12

Signature and Qualifications / Signature et Qualifications

Correctional Service  
CanadaService correctionnel  
Canada**GENERAL  
PHYSICAL  
EXAMINATION****RAPPORT  
D'EXAMEN  
MÉDICAL****MEDICAL  
CONFIDENTIAL****MÉDICAL  
CONFIDENTIEL**

To be completed by physician — À remplir par le médecin

Note only abnormal findings

Noter les constatations anormales seulement

Federal Information Bank Number  
N° de la banque fédérale de données

23241

Inmate's name  
Nom du détenu

HASSIM ROBERT LEWIS

Inmate's number  
Numéro du détenu

1716

F.P.S. number  
Numéro S.E.D.Date of birth  
Date de naissance

FK1

**i. GENERAL/ENDOCRINE/LYMPHATIC  
GÉNÉRAL/ENDOCRINIEN/LYMPHATIQUE**Ab.  
AINSTITUTION  
ÉTABLISSEMENT

C. R. R. (QUÉBEC)

**APPEARANCE — APPARENCE**

Details — Détails

02. General — Général \_\_\_\_\_  
03. Colour — Couleur \_\_\_\_\_  
04. Anemia — Anémie \_\_\_\_\_  
05. Mouth — La bouche \_\_\_\_\_  
06. Teeth — Les dents \_\_\_\_\_  
07. Neck — Le cou \_\_\_\_\_  
08. Thyroid — La thyroïde \_\_\_\_\_  
09. Lymph glands (cervical, axilla,  
supra-clavicular) — Les ganglions  
Lymphatiques (cervical, axillaire,  
supra claviculaire) \_\_\_\_\_  
10. Breasts — Les seins \_\_\_\_\_  
11. Upper limbs, hands and fingers —  
Membres supérieurs mains et doigts \_\_\_\_\_  
12. Spinal Column — Colonne vertébrale \_\_\_\_\_  
13. Lower extremities, feet and veins —  
Membres inférieurs pieds et veines \_\_\_\_\_  
14. Scars — Cicatrices \_\_\_\_\_  
15. Skin (Rash) — Épiderme (éruption) \_\_\_\_\_

*Signe de l'absence d'infection*INDICATE IF NO ABNORMAL FINDING  
INDIQUER SI LES CONCLUSIONS SONT NORMALES ☒**ii. CARDIOVASCULAR  
LE SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE**

Details — Détails

20. Bloodpressure  
Tension artérielle \_\_\_\_\_  
21. Pulse (rate and rhythm) —  
Pouls (fréquence et rythme) \_\_\_\_\_  
22. Peripheral pulses — Pouls périphérique \_\_\_\_\_  
23. Apex beat — Choc systolique \_\_\_\_\_  
24. Heart sound — Les bruits du cœur \_\_\_\_\_  
25. Murmurs (present) — Murmure (présent) \_\_\_\_\_

INDICATE IF NO ABNORMAL FINDING  
INDIQUER SI LES CONCLUSIONS SONT NORMALES ☒**iii. RESPIRATORY SYSTEM  
SYSTÈME RESPIRATOIRE**

Details — Détails

30. Trachea — Trachée \_\_\_\_\_  
31. Chest movement — Mouvement de la poitrine \_\_\_\_\_  
32. Percussion — La percussion \_\_\_\_\_  
33. Air entry — Entrée de l'air \_\_\_\_\_  
34. Adventitia — Adventice \_\_\_\_\_

INDICATE IF NO ABNORMAL FINDING  
INDIQUER SI LES CONCLUSIONS SONT NORMALES ☒**iv. GASTRO INTESTINAL/GENITO URINARY  
GASTRO INTESTINAL/GENITO URINAIRE**

Details — Détails

**PALPATION**

40. Liver — Le foie \_\_\_\_\_  
41. Spleen — La rate \_\_\_\_\_  
42. Kidneys — Les reins \_\_\_\_\_  
43. External genitalia —  
Les organes génitaux externes \_\_\_\_\_  
44. Anus — Anus \_\_\_\_\_  
45. Rectum — Le rectum \_\_\_\_\_  
46. Inguinal region — La région inguinale \_\_\_\_\_  
47. Lymph glands — Les ganglions lymphatiques \_\_\_\_\_  
48. Hernia — Hernie \_\_\_\_\_  
49. Prostate gland — Glande de la prostate \_\_\_\_\_

*Am 66 46 d'io < 5mm.*INDICATE IF NO ABNORMAL FINDING  
INDIQUER SI LES CONCLUSIONS SONT NORMALES ☒**v. MUSCULO/SKELETAL  
MUSCLE/SQUELETTE**

Details — Détails

50. General — Général \_\_\_\_\_  
51. Upper limbs — Les membres supérieurs \_\_\_\_\_  
52. Lower Limbs — Les membres inférieurs \_\_\_\_\_  
53. Spinal column — La colonne vertébrale \_\_\_\_\_

INDICATE IF NO ABNORMAL FINDING  
INDIQUER SI LES CONCLUSIONS SONT NORMALES ☒

| vi. SPECIAL SENSES/CNS<br>SENS PARTICULIERS FONCTION SPECIALE/SNC  |  | Ab.<br>A   | Details — Détails   |
|--|--|--|---|
| 60. Eyes (include pupil, fundi, lid, visual acuity, visual field, movement)<br>— Yeux y compris pupille fond d'oeil paupière, perception visuelle, champ visuel, mouvement |  |  |   |
| 61. Ear (incl. drum, canal, hearing) — Les oreilles (canal-tympan, perception auditive)  |  |  |   |
| 62. Nose — Le nez  |  |  |   |
| 63. Throat — La gorge  |  |  |   |
| 64. Tongue — La langue   |  |  |   |
| 65. Cranial nerves — Nerfs crâniens  |  |  |   |
| 66. Upper extremity (specify left or right) — Extrémité supérieure (spécifier gauche ou droite)  |  |  |   |
| 67. Sensory — Les organes sensoriels   |  |  |   |
| 68. Motor (incl. tremor) — La fonction locomotive (tremblements)   |  |  |   |
| 69. Reflexes — Réflexes  |  |  |   |
| TRUNK — TRONC  |  |  |   |
| 70. Sensory — Les organes sensoriels   |  |  |   |
| 71. Motor — La fonction locomotive   |  |  |   |
| 72. Lower extremity (specify left or right) — Extrémité inférieure (spécifier gauche ou droite)  |  |  |   |
| 73. Sensory — Les organes sensoriels   |  |  |   |
| 74. Motor (incl. tremor) — fonction locomotive (tremblements)  |  |  |   |
| 75. Reflexes (incl. plantar resp.) — Réflexes réponse (incl. plantair resp.)   |  |  |   |
| 76. Gait/Romberg — La démarche/Romberg   |  |  |   |
| 77. Muscular (tone wasting) — Musculaire (tonicité, atrophie)  |  |  |   |
| vii. IMPRESSIONS OF MENTAL HEALTH<br>IMPRESSION DE L'ÉTAT MENTAL   |  |  | Details — Détails   |
| 80. Intellect — L'intelligence   |  |  |   |
| 81. Emotional stability — La stabilité émotionnelle  |  |  |   |
| 82. Other — Autre  |  |  |   |
| 83. Diagnosis — Diagnostique   | <i>See above paragraph<br/>Hypertension / 1 serum uric acid<br/>Pulse 72 bpm, regular<br/>dialysis 0.5 cm</i>  |  | Diagnostic coding — Code diagnostique                                 |
| 84. Fitness status — État de santé   | In your opinion, is applicant mentally and physically fit for normal institution activities (if no specify limitations below)<br>D'après vous le candidat est-il mentalement et physiquement apte à accomplir les activités normales exigées par l'établissement (si non spécifier les restrictions nécessaires) |  | Yes <input checked="" type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> |
| 85. Physician's name (print) — Nom du médecin (Lettres moulées)  | Date of exam. — Date de l'examen<br>Year / Month / Day<br>Année / Mois / Jour<br><i>84 / 04 / 13</i>   | Physician's signature — Signature du médecin<br><i>[Signature]</i> |   |
| 90. Release summary (to be completed by physician) — Résumé du renvoi (A remplir par le médecin)   |  |  |   |
| 91. Physicians name (print) — Nom du médecin (lettres moulées)   | Date of exam. — Date de l'examen<br>Year / Month / Day<br>Année / Mois / Jour  | Physician's signature — Signature du médecin                       |   |

1916

CENTRE DE PREVENTION  
DE MONTREAL

110012

Le ..... 84-4-11 ..... 19....

Je, soussigné, médecin du Centre de prévention de Montréal, ai  
examiné:

HASSIM

ROBERT

LEWIS

1402-18875

Nr: 27-02-08

et certifie qu'il n'est pas atteint de dangereuse maladie infec-  
tieuse ou contagieuse.

AU Directeur du  
Centre de réception de  
Ste-Anne des Plaines

.....M.D.

000071



Correctional Service Canada  
Service correctionnel Canada

DOCTOR'S  
ORDERS AND  
PROGRESS  
NOTES  
(Problem  
oriented)

ORDRE DU  
MÉDECIN ET  
OBSERVATIONS  
SUR LE PROGRÈS  
(Orienté vers le  
problème)

MEDICAL  
CONFIDENTIAL

MÉDICAL  
CONFIDENTIEL

|  |                  |
|--|------------------|
| Federal Information Bank Number<br>Numéro de la banque fédérale de données | 23241            |
| Inmate's name<br>Nom du détenu   | Hassam Robert L. |
| Inmate's number<br>Numéro du détenu  | 1716             |
| F.P.S. number<br>Numéro S.E.D.   |                  |
| INSTITUTION<br>ÉTABLISSEMENT   | Archambault      |

| Date<br>Y-A M-M D-J | Problem<br>No.<br>No du<br>problème | Problem, symptom, diagnosis, treatment, comments<br>Problème, symptôme, diagnostic, traitement, commentaire   | Action<br>taken<br>Action<br>prise |
|---------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| 84 05 08            |                                     | INST. ARCHAMBAULT   |                                    |
| 84 05 16            | vers<br>13:15                       | Appel dans le bureau du CX-4 du CSS pour<br>avisé que le précité est perdu au par. A  |                                    |
|                     | vers<br>13:17                       | Arrivée des 2 infirmiers E. Muzny & J. Lapierre<br>à la cellule du précité. Détenu "décroché" "coudé"<br>ulcéré et est étendu sur le sol. Teint grisâtre<br>Extrémités encore chaudes. Pupilles en mydriase<br>fixes. Trace de strangulation profonde au niveau<br>du cou à oedème important au pourtour. Détachement<br>des sphincters déjà effectué. TA: nil<br>Resp: nil, Puls carotidien - radial - apical: nil<br>RCR débuté à 2 personnes (J. Lapierre & E. Muzny)<br>en technique 5 massages / 1 ventilation. CX-2<br>avisé de faire appeler le médecin. |                                    |
|                     | vers<br>13:30                       | Dr Morin appelé par S. Pelletier qui est au CSS.<br>Pendant ce temps massage cardiaque continué<br>au même rythme et même technique   |                                    |
|                     | 13:45                               | Arrivée du Dr Morin sur les lieux. Examen<br>du corps par Dr Morin qui dit d'arrêter les<br>manoeuvres. Mydriase fix. fixe et Resp + Pls nil  |                                    |
|                     | 13:47                               | Décès constaté par Dr Morin.  |                                    |
| 84 05 16            | 14h                                 | Elise Muzny / J. Lapierre<br>Appelé à 13h. 32<br>Arrivé sur les lieux à 13h. 45. Tentative<br>de réanimation en cours depuis<br>20 minutes -<br>Froidement des extrémités<br>Cyanoose des lèvres + muco-mucosale  |                                    |

DOCTOR'S ORDERS THIS SIDE ONLY  
ORDRES DU MÉDECIN DE CE CÔTÉ-CI SEULEMENT

| Date |     |     | Problem No.<br>N° du Problème | Problem, symptom, diagnosis, treatment, comments<br>Problèmes, symptôme, diagnostic, traitement, commentaire   | Action taken<br>Action prise |
|------|-----|-----|-------------------------------|--|------------------------------|
| Y-A  | M-M | D-J |                               |  |                              |
|      |     |     |                               | <p>- Apné</p> <p>- Silence cardiaque</p> <p>- Pupilles dilatées, fixes, ne réagissant pas à la lumière.</p> <p>En somme, décès confirmé et techniques de réanimation ; massage + ventilation cessés.</p> <p>Marque de strangulation au cou et cicatrices d'auto-ventilation possible, arrêter aux 2 avant-bras -</p> |                              |
|      |     |     |                               | <p>W. H. H. H.</p>   |                              |

DOCTOR'S ORDERS THIS SIDE ONLY  
ORDRES DU MÉDECIN DE CE CÔTÉ-CI SEULEMENT



Correctional Service  
Canada

Service correctionnel  
Canada

LABORATORY  
REPORT RECORD

FICHE DE RAPPORT  
DE LABORATOIRE

MEDICAL  
CONFIDENTIAL

MÉDICAL  
CONFIDENTIEL

Federal Information Bank Number  
N° de la banque fédérale de données

23241

Inmate's name  
Nom du détenu

HASSIM ROBERT LEWIS

Inmate's number  
Numéro du détenu

1716

F.P.S. number  
Numéro S.E.D.

INSTITUTION  
ÉTABLISSEMENT

C. R. R. (QUÉBEC)

REPORTS MUST BE ACCURATELY AND FIRMLY AFFIXED – BIEN PLACER LES RAPPORTS AUX ENDROITS INDICUÉS

14th – 14ième

14th – 14ième

13th – 13ième

13th – 13ième

12th – 12ième

12th – 12ième

11th – 11ième

11th – 11ième

10th – 10ième

10th – 10ième

9th – 9ième

9th – 9ième

8th – 8ième

8th – 8ième

7th – 7ième

7th – 7ième

6th – 6ième

6th – 6ième

5th – 5ième

5th – 5ième

4th – 4ième

4th – 4ième

3rd – 3ième

3ième

2nd – 2ième

2ième

Attach top

cette ligne

Cité de la Santé de Laval

DATE ET HEURE DU PRÉLEVEMENT

84-04-12

OBST. PRÉ-HOSP. PRÉ-C.S. CLIN. SALLE URG. C.P. STAT.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: Dépistage

S- 54693

INITIALES DE L'INFIRMIÈRE: CV

DATE DE NAISSANCE

27-02-08

DOSSIER

1716

NOM. PRÉNOM (A LA NAISSANCE)

Hassim Robert Lewis

NOM. PRÉNOM DU CONJOINT

NOM DE FILLE DE LA MÈRE

PRÉNOM DU PÈRE

DENIS HARRIS H.D.  
CODE C.S.L. 922

MÉDECIN

NO DE CHAMBRE

FKI

☐ ANTI-HYALURONIDASE

☐ ANTISTREPTOLYSINE O (ASO)

☐ FACTEUR RHUMATOÏDE

☐ PROTÉINE C RÉACTIVE (CRP)

☐ HÉMAGGLUTININES FROIDES

☐ (WIDAL)

S. TYPHI

O

H

S. PARATYPHI

AH

BO

BH

☐ BRUCELLA

☒ SYPHILIS

FLOCCULATION VDRL

T.P.H.A.

13 APR 84 15.54 abs.

DATE

TECHNOLOGISTE

☐ MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE  
AGGLUTINATION, LAME  
PAUL-BUNNELL

DAVIDSOHN

G.R. BOEUF

REIN DE COBAYE

☐ RUBÉOLE

☐ DÉPISTAGE

☐ CONTACT

☐ SYNDROME CLINIQUE

☐ I. H

☐ F. C

☐ IgM

DATE

1er sérum

2e sérum

☐ TOXOPLASMOSE

☐ AUTRE TYPE D'ANALYSE:

GILBERT CÉRAT M.D. - MARIE JOLIVET M.D.  
MÉDECINS MICROBIOLOGISTES

SÉROLOGIE



1716 Harrin





Correctional Service Canada  
Service correctionnel Canada

**INTER-INSTITUTIONAL  
TRANSFER**

**TRANSFÈREMENT D'UNE  
INSTITUTION À UNE AUTRE**

**MEDICAL  
CONFIDENTIAL**

**MÉDICAL  
CONFIDENTIEL**

**Federal Information Bank Number  
N° de la banque fédérale de données** **23241**

Inmate's name  
Nom du détenu **HASSIM ROBERT**

Inmate's number  
Numéro du détenu **1716**

F.P.S. number  
Numéro S.E.D.

**INSTITUTION  
ÉTABLISSEMENT** **C.R.R.**

**RECEIVING INSTITUTION – ÉTABLISSEMENT RECEVANT**  
**ARCHAMBAULT**

**DIAGNOSIS (if applicable) – DIAGNOSTIC (s'il y a lieu)**

Surcharge pondérale. Kyste pilomidal. Hernie (petite) ombélicale. Aucune autre plainte.

**REASON FOR TRANSFER – MOTIF DU TRANSFERT**

Administratif.

**PERTINENT HEALTH INFORMATION – INFORMATION PERTINENTE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**

(See Nursing Summary on reverse) – (Voir le Résumé des soins au verso)

**MEDICATION BEFORE TRANSFER – MÉDICATION AVANT LE TRANSFERT**

**SUMMARY OF INVESTIGATIONS – RÉSUMÉ DES ENQUÊTES**

Date

Y-A M-M D-J  
84 05 08

Signature of Medical Officer  
Signature du médecin

**INTER-INSTITUTIONAL  
TRANSFER**  
See reverse side

**TRANSFÈREMENT D'UNE INSTITUTION À UNE  
AUTRE**  
Voir au verso

000078

# NURSING SUMMARY – RÉSUMÉ DES SOINS

## MENTAL STATE – ÉTAT MENTAL

1. Orientation:

☐ Full Entire ☐ Partial Partielle ☐ Desoriented Désorienté

2. Attitude:

## PHYSICAL STATE – ÉTAT PHYSIQUE

1. Tolerance level – Limite de tolérance

2. Condition of skin and mouth – État de la peau et de la bouche

## LEVEL OF CARE – SOINS

1. When in bed – Au lit:

☐ Manages alone Autonome

☐ Requires assistance A besoin d'aide

2. On transfers – Se déplace

☐ Alone Seul

☐ Hovering assistance Sous surveillance

Assist – A besoin d'aide:

☐ Major Beaucoup

☐ Minor Peu

3. Ambulation (State appliance used)  
Sur pied (Genre d'appareil)

☐ Alone Seul

☐ Hovering assistance Sous surveillance

Assist – A besoin d'aide:

☐ Major Beaucoup

☐ Minor Peu

4. Bladder Control – Contrôle vésical  
Day – Le jour

☐ Yes Oui

☐ No Non

Night – La nuit

☐ Yes Oui

☐ No Non

☐ With catheter Avec cathéter

☐ Condom

5. Bowel Control – Contrôle intestinal  
Day – Le jour

☐ Yes Oui

☐ No Non

Night – La nuit

☐ Yes Oui

☐ No Non

Date of last B.M.  
Date de la dern. selle

Routine laxative  
Laxatif habituel

6. Able to speak – Peut parler

☐ Yes Oui

☐ No Non

7. Able to read – Peut lire

☐ Yes Oui

☐ No Non

8. Able to hear – Peut entendre

☐ Yes Oui

☐ No Non

9. Able to understand  
Peut comprendre

☐ Yes Oui

☐ No Non

10. Personal hygiene – Hygiène personnelle

Wash – Se lave

Tub bath – Prend son bain

Toilet facilities – Va à la toilette

11. Dressing – S'habille

☐ Alone Seul

☐ Minor assistance A besoin d'un peu d'aide

☐ Major assistance A besoin de beaucoup d'aide

12. Feeding – Alimentation

☐ Type of diet Genre de diète

☐ Self Mange seul

☐ Assist Est aidé

☐ Total assist Entièrement dépendant

## SPECIAL CARE REQUIREMENTS – EXIGENCE DE SOINS SPÉCIAUX

eg. Treatments, Dressings, Catheters (when last changed) – Ex. Traitements, pansements, cathéters (heure du dernier)

PROSTHETICS – PROTHÈSES: eg. dentures, limb, braces, glasses, etc. – ex. prothèses dentaires, membre, armature orthopédique, lunettes, etc.

## DIVERSIONAL ACTIVITIES – DISTRACTIONS

Report compiled by:  
Rapport fait par:

Designate whether Nurse, Health Care Officer etc. – Indiquer si infirmière ou Officier de Santé

DOSSIER MEDICAL - 1 ER V ET:

**NOM:**

HASSIM ROBERT LEWIS

**VOLUME:**

**S.E.D.**

SV.

1716

[illegible]



Solicitor General  
Canada

Solliciteur général  
Canada

MEDICAL CONFIDENTIAL

MÉDICAL CONFIDENTIEL

Penitentiaries

Pénitenciers

DENTAL RECORD

FICHE DENTAIRE

FKI

|  |   |  |
|--|---|--|
| FPS number — Numéro SED<br><u>1716</u>           | Surname — Nom de famille<br><u>Hassim</u> | Given names — Prénoms<br><u>Robert Lewis</u> |
| Date of birth — Date de nais.<br><u>27-02-08</u> | Institution<br><b>C. R. R. (QUÉBEC)</b>   |  |

1. PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE — ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A. Have you ever had any of the following: Please check (✓)  
Avez-vous déjà souffert: Cochez, s.v.p. (✓)

- |  | Yes<br>Oui               | No<br>Non                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heart trouble?<br>De troubles cardiaques?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rheumatic fever, rheumatism or arthritis?<br>De fièvre rhumatismale, de rhumatisme ou d'arthrite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes?<br>Du diabète?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Epilepsy?<br>D'épilepsie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fainting spells?<br>D'évanouissements?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fractured jaw?<br>D'une fracture de la mâchoire?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Liver or kidney disease?<br>De maladies du foie ou des reins?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | Yes<br>Oui               | No<br>Non                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| B. Have you ever bled for a long time after a cut or dental extraction?<br>Une coupure ou l'extraction d'une dent provoquent-elles des hémorragies?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Do you have hay fever, asthma or any allergy?<br>Souffrez-vous de fièvre des foins, d'asthme ou d'autres allergies?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Are you sensitive to any particular medicine: aspirin, penicillin, local anaesthetic, etc.?<br>Êtes-vous allergique à certains médicaments — aspirine, pénicilline, anesthésie locale, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Are you under medical treatment or taking drugs of any kind?<br>Êtes-vous sous les soins, d'un médecin ou prenez-vous certains médicaments?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature of patient — Signature du patient

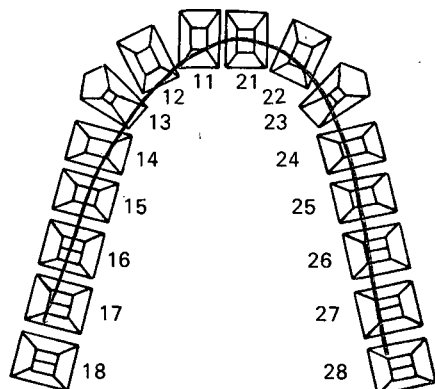
Date

Remarks — Remarques

2. CONDITION ON ADMISSION — ÉTAT DES DENTS À L'ADMISSION

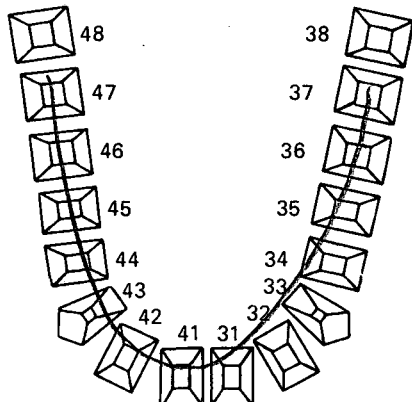
Patient's right  
Côté droit

Patient's left  
Côté gauche



INTERNATIONAL TOOTH IDENTIFICATION SYSTEM

SYSTÈME INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DES DENTS



REMARKS — REMARQUES

a 9e.

Date of examination  
Date de l'examen

Signature of dentist  
Signature du dentiste

*Robert Lewis*

Clinic location — Clinique de

000081