



DT9606

Pour :

- Centre secondaire Centre de référence
 Patiente accepte d'être référée à un centre de référence peu importe la distance pour favoriser l'accès aux soins

DEMANDE DE CONSULTATION
Centres désignés – complications liées
aux bandelettes urinaires

Prénom et nom (à la naissance)				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie			N° de dossier (usage interne)	
Adresse (N°, rue)				
Ville			Code postal	
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (autre)	
Nom d'une personne de l'entourage		Ind. rég.	Téléphone	

Référént (ou apposez votre étampe)		Médecin traitant <input type="checkbox"/> Même que référént	
Prénom et nom	N° de permis	Prénom et nom	N° de permis
Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> MD traitant <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée <input type="checkbox"/> Physiothérapeute		Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre	
Ind. rég. N° de téléphone	Ind. rég. N° de télécopieur	Ind. rég. N° de téléphone	Ind. rég. N° de télécopieur
Motif de la demande			
<input type="checkbox"/> Nouvelle usagère <input type="checkbox"/> Réévaluation		Date	Année Mois Jour
Référence en centres désignés		<input type="checkbox"/> Médication/ajustement	
<input type="checkbox"/> Opinion médicale <input type="checkbox"/> Intervention/technique ciblée		<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Investigations déjà réalisées (Joindre le rapport)			
<input type="checkbox"/> Analyse et culture urine <input type="checkbox"/> Urodynamie <input type="checkbox"/> Débitmétrie urinaire <input type="checkbox"/> Résidu post-mictionnel		<input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Imageries <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Information sur implant sous-urétral		Date d'implantation	Année Mois Jour
Chirurgien			
<input type="checkbox"/> Nom du matériel implanté : _____		<input type="checkbox"/> Date d'apparition des symptômes : _____	
<input type="checkbox"/> Voie d'approche : _____		Année Mois Jour	
<input type="checkbox"/> Protocole opératoire disponible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le rapport)		<input type="checkbox"/> Histoire de traumatisme, survenu après l'installation, au niveau de la région pelvienne, des hanches ou du rachis : _____	
<input type="checkbox"/> Chirurgie de retrait : _____		_____	
Information sur implant sous-urétral		Date d'implantation	Année Mois Jour
Chirurgien			
<input type="checkbox"/> Nom du matériel implanté : _____		<input type="checkbox"/> Date d'apparition des symptômes : _____	
<input type="checkbox"/> Voie d'approche : _____		Année Mois Jour	
<input type="checkbox"/> Protocole opératoire disponible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le rapport)		<input type="checkbox"/> Histoire de traumatisme, survenu après l'installation, au niveau de la région pelvienne, des hanches ou du rachis : _____	
<input type="checkbox"/> Chirurgie de retrait : _____		_____	
Raison de consultation et impression(s) diagnostique(s)			

Nom et prénom de l'usagère	N° d'assurance maladie
----------------------------	------------------------

Santé globale physique

Cancer : Actif Rémission
 Insuffisance rénale chronique (clairance créatine) _____ ml/min Date _____
Année Mois Jour
 Diabète
 Maladie cardiovasculaire
 Maladie auto-immune
 Autres, précisez : _____

Santé globale psychologique

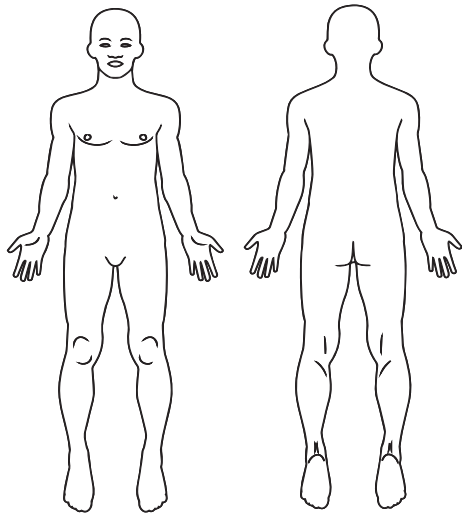
Abus et/ou consommation de substances, précisez : _____
 Stress post-traumatique, précisez : _____
 Troubles anxieux
 Troubles cognitifs
 Autres, précisez : _____

Histoire de la condition douloureuse

<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	Date d'arrêt	Année	Mois	Jour	Type de travail
Partenaire : <input type="checkbox"/> SAAQ <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> Assurances	Date de début	Année	Mois	Jour	

Circonstance d'apparition de la douleur

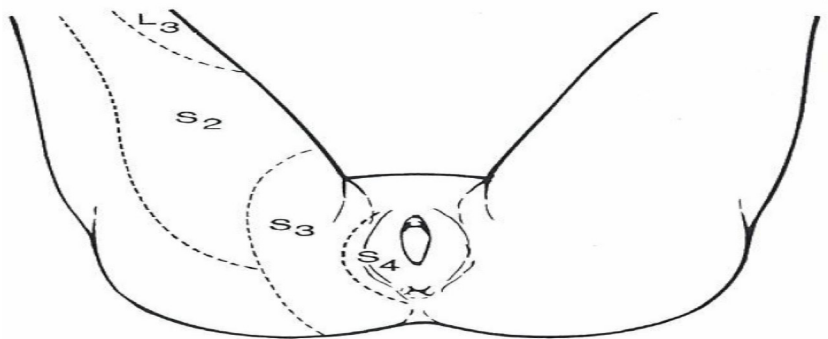
Accident, précisez : _____
 Chirurgie, précisez : _____
 Maladie, précisez : _____
 Autre, précisez : _____



Localisation et qualité de la douleur (noircir la région)

Neuropathique Mixte Migraine
 Nociceptive Douleur généralisée

Intensité moyenne au cours des 7 derniers jours : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Nom et prénom de l'usagère	N° d'assurance maladie
----------------------------	------------------------

Interventions et investigations antérieures

(Joindre le rapport. Si non disponible, indiquez la date si dans les 12 derniers mois (année, mois))

Investigations médicales	Rapport joint	À venir	Date	Consultations spécialisées	Rapport joint	À venir	Date
Rayon-X :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Clinique de la douleur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
IRM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Précisez :			
TDM :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Scintigraphie osseuse :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
EMG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Laboratoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Approches thérapeutiques			
Interventions médicales				Physiothérapie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Chirurgie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Programme d'exercices :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Bloc :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Réadaptation interdisciplinaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Infiltration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Traitement psychologique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

Médication (Joindre la liste actuelle)

Médication essayée	En cours	Arrêté	Nom et posologie des Rx tentés (svp indiquez le maximum toléré)	Raison de l'arrêt
AINS/Acétaminophène :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antidépresseurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anticonvulsivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Narcotiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre 1 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre 2 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ANTICOAGULANTS :			ANTIPLAQUETTAIRES (sauf AAS) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pharmacie de l'usagère (et coordonnées si disponibles) :				

Tout rapport pertinent est joint à cette demande.

Je comprends que toute demande incomplète sera retournée. En référant l'usagère, je m'engage à assurer un suivi de sa condition pendant le traitement et à la suite de son congé du centre de référence ou du centre secondaire. Si je suis un médecin spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant/de famille/IPS de cette demande de référence et ce, afin que le médecin traitant/de famille/IPS assure un suivi auprès de l'usagère.

Référent						
Signature				N° de permis	Date	Année Mois Jour

Pour connaître l'adresse courriel de la clinique désignée où transmettre le formulaire, suivre le lien suivant : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/programme-sante-pelvienne/coordonnees-centres-designes/>