



DT9327

CONSULTATION EN PHYSIATRIE ADULTE MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Attention :

- 1- Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir le formulaire.
- 2- Ne remplir qu'une seule section par formulaire.
- 3- Infiltration vertébrale sous fluoroscopie, échographie diagnostique, et/ou infiltration échoguidée, EMG : si le service n'était pas offert dans sa région, il y aura orientation de la consultation directement vers la région la plus rapprochée où un physiatre ayant l'expertise pourrait le rencontrer.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois <i>Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.</i>			
1. Consultation pour atteinte locomotrice	Membre supérieur	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Poignet/main	
	Membre inférieur	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Cheville/pied	
	Rachis	<input type="checkbox"/> Cervicalgie / Cervicobrachialgie	<input type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Lombalgie / Lombosciatalgie	
	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis moins de 1 an D <input type="checkbox"/> Condition connue depuis un an ou plus E <input type="checkbox"/> Opinion pour infiltration			
2. Consultation pour système nerveux périphérique (mononévrite) <i>Indiquer le site anatomique dans la section impression diagnostique, renseignements cliniques.</i>	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis plus de 4 semaines et moins de 6 mois. C			
	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 6 mois et plus mais moins de 1 an. D			
	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 1 an ou plus. E			
	<input type="checkbox"/> Cocher ici si demande de EMG. <i>Vous devez aussi cocher une des trois cases ci-haut.</i>			
3. Consultation pour infiltration vertébrale sous fluoroscopie	Douleur radiculaire <i>Prérequis : CT scan ou IRM</i>	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis plus de 4 semaines et moins de 6 mois. C		
		<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 6 mois et plus et moins de 1 an. D		
		<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 1 an ou plus. E		
	Douleur vertébrale <i>Prérequis : Rx</i>	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis plus de 4 semaines et moins de 1 an. D		
		<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 1 an ou plus. E		
4. Consultation pour échographie diagnostique ET/OU infiltration échoguidée <i>Prérequis : Radiographie</i>	<input type="checkbox"/> Atteinte des tissus mous membre supérieur, membre inférieur. <i>Condition présente depuis plus de 4 semaines et moins de 1 an.</i>		D	
	<input type="checkbox"/> Atteinte des tissus mous membre supérieur, membre inférieur, présente depuis 1 an ou plus.		E	
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :			Priorité clinique	
Obligatoire : Impression diagnostique, renseignements cliniques et traitements tentés		Si prérequis exigé(s) :		
Date de début des symptômes : (année, mois)		<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ		
		<input type="checkbox"/> Annexé(s) si non disponible au DSQ à la présente demande		
Besoins spéciaux :				
Identification du médecin référent et du point de service			Estampe	
Nom du médecin référent		N° de permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste		Ind. rég.
		N° de télécopieur		
Nom du point de service				
Signature		Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille			Référence nominative (si requis)	
Nom du médecin de famille			Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	
Nom du point de service				

Alertes cliniques (liste non exhaustive)**Diriger l'utilisateur vers l'urgence**

- Syndrome de la queue de cheval
- Pied tombant de moins de 48 h
- Myélopathie rapidement progressive
- Arthrite septique
- Incapacité fonctionnelle complète aiguë (incapacité totale de se mobiliser et d'assurer ses activités de la vie quotidienne)