



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"/> Opinion médicale <input type="checkbox"/> Intervention/technique ciblée | | <input type="checkbox"/> Médication/ajustement <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | |
| Investigations déjà réalisées (Joindre le rapport) <input type="checkbox"/> Analyse et culture urine <input type="checkbox"/> Cystoscopie <input type="checkbox"/> Urodynamie <input type="checkbox"/> Imageries <input type="checkbox"/> Débitmétrie urinaire <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Résidu post-mictionnel | | | |
| Information sur implant sous-urétral | | Date d'implantation | Année Mois Jour |
| Chirurgien | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom du matériel implanté : <input type="checkbox"/> Voie d'approche : <input type="checkbox"/> Protocole opératoire disponible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le rapport) <input type="checkbox"/> Chirurgie de retrait : | | <input type="checkbox"/> Date d'apparition des symptômes : <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="checkbox"/> Histoire de traumatisme, survenu après l'installation, au niveau de la région pelvienne, des hanches ou du rachis : | |
| Information sur implant sous-urétral | | Date d'implantation | Année Mois Jour |
| Chirurgien | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom du matériel implanté : <input type="checkbox"/> Voie d'approche : <input type="checkbox"/> Protocole opératoire disponible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Joindre le rapport) <input type="checkbox"/> Chirurgie de retrait : | | <input type="checkbox"/> Date d'apparition des symptômes : <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="checkbox"/> Histoire de traumatisme, survenu après l'installation, au niveau de la région pelvienne, des hanches ou du rachis : | |
| 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

Arrêt de travail **Date d'arrêt**

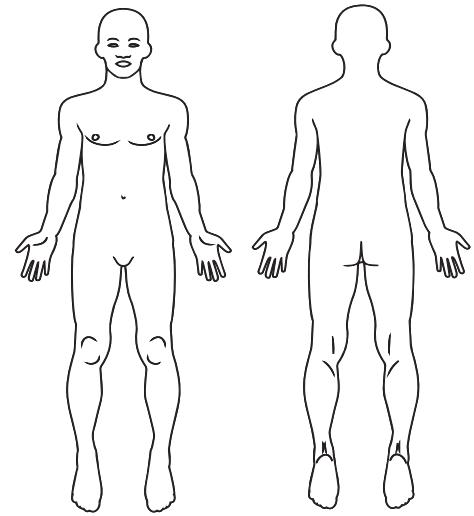
| | | |
|-------|------|------|
| Année | Mois | Jour |
|-------|------|------|

 Type de travail
 Partenaire : SAAQ CNESST Assurances **Date de début**

| | | |
|-------|------|------|
| Année | Mois | Jour |
|-------|------|------|

Circonstance d'apparition de la douleur

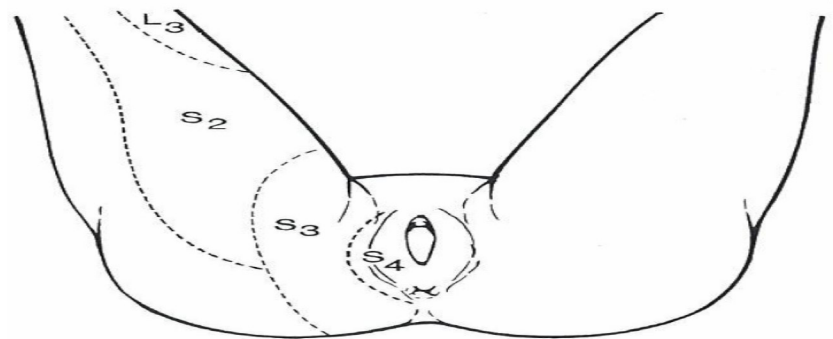
Accident, précisez :
 Chirurgie, précisez :
 Maladie, précisez :
 Autre, précisez :



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/>