



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 <b>D</b> <input type="checkbox"/> Condition connue depuis un an ou plus <b>E</b> <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. <b>C</b>				
	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 6 mois et plus mais moins de 1 an. <b>D</b>				
	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 1 an ou plus. <b>E</b>				
	<input type="checkbox"/> <b>Cocher ici si demande de EMG.</b> <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. <b>C</b>			
		<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 6 mois et plus et moins de 1 an. <b>D</b>			
		<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 1 an ou plus. <b>E</b>			
	Douleur vertébrale <i>Prérequis : Rx</i>	<input type="checkbox"/> Condition présente depuis plus de 4 semaines et moins de 1 an. <b>D</b>			
		<input type="checkbox"/> Condition présente depuis 1 an ou plus. <b>E</b>			
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> <b>D</b>				
	<input type="checkbox"/> Atteinte des tissus mous membre supérieur, membre inférieur, présente depuis 1 an ou plus. <b>E</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</b>			Priorité clinique		
<b>Obligatoire : Impression diagnostique, renseignements cliniques et traitements tentés</b>		<b>Si prérequis exigé(s) :</b>			
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			
<b>Besoins spéciaux :</b>					
<b>Identification du médecin référent et du point de service</b>			<b>Estampe</b>		
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					
<b>Signature</b>		Date (année, mois, jour)			
<b>Médecin de famille :</b> <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille			<b>Référence nominative (si requis)</b>		
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)