



DT9286

CONSULTATION EN ORTHOPÉDIE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

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 : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Épaule	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon biceps distal	B	Pied/Cheville	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon d'Achille	B	
	<input type="checkbox"/> Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM ou à l'écho (usager < 40 ans) <i>(Prérequis : rapport écho ou IRM)</i>	C		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physio) <i>(Prérequis : rapport RX et IRM)</i>	C	
	<input type="checkbox"/> Maladie de la coiffe des rotateurs avec échec du traitement ¹ (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose) <i>(Prérequis : rapport IRM ou écho)</i>	D		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante cheville avec échec au traitement ¹ <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	D	
	<input type="checkbox"/> Luxation récidivante épaule avec physiothérapie débutée <i>(Prérequis : rapport RX, Arthro-IRM)</i>	D		<input type="checkbox"/> Hallux valgus ou orteils marteau symptomatiques <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	E	
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante épaule avec échec du traitement ¹ <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	D		<input type="checkbox"/> Fracture aiguë mineure non déplacée immobilisée <i>(Prérequis : Rx)</i>	B	
Genou	Rupture complète du tendon : <input type="checkbox"/> Rotulien <input type="checkbox"/> Quadriceps	B	Autres	<input type="checkbox"/> Néoplasie musculo-squelettique <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	B	
	<input type="checkbox"/> Rupture ligament croisé avec physiothérapie initiée <i>(Prérequis : rapport IRM)</i>	C		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physio) <i>(Prérequis : rapport RX et IRM)</i>	C	
	<input type="checkbox"/> Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (< 60 ans) <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	D		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante hanche avec échec au traitement ¹ <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	D	
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante du genou ¹ <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	D		<input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien ou tunnel cubital confirmé à EMG <i>(Prérequis : résultat EMG)</i>	D	
Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier) :					Priorité clinique	
Renseignements cliniques pertinents			(joindre rapports, médication, etc.)			
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						

Complétion du formulaire	
Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.	
Identification de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV). Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.
Raison de consultation	<ul style="list-style-type: none"> Cocher la raison de consultation. Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.
Priorité clinique	<ul style="list-style-type: none"> Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation. <p><i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation.</i> <i>Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine).</i> <i>Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i></p>
Renseignements cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification. Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation. Joindre la liste de médicaments. Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.
Identification du médecin référent et du point de service	Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.
Référence nominative	Il est possible que le délai ne soit pas respecté si le médecin demandé n'est pas disponible. Le CRDS communiquera alors avec vous afin de convenir d'une solution alternative.
Formulaire	<ul style="list-style-type: none"> Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS. Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.

Légende

¹ Échec à la physiothérapie et aux infiltrations.

Alertes cliniques (liste non exhaustive)
Diriger l'utilisateur à l'urgence
<ul style="list-style-type: none"> Fracture ouverte avec ou sans compromis neurovasculaire Luxation non réduite Syndrome compartimental Arthrite septique Syndrome de la queue de cheval