

Programme musculosquelettique – colonne vertébrale

*Ce formulaire n'est pas pour les références urgentes. *

Demande de consultation

Fax: 613-721-7889

Les demandes de consultation incomplètes seront retournées.

DATE DE CONSULTATION (AAAA/MM/JJ):	
RAISON DE LA CONSULTATION :	
Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Bilingue <input type="checkbox"/> Français seulement <input type="checkbox"/> Arabe seulement	
Médecin référent – étampe acceptée	Information du patient – autocollant accepté
Nom: _____	Nom: _____
Spécialité: _____	Adresse: _____
Adresse: _____	_____
_____	# de téléphone: _____
# de téléphone: _____	Date de naissance: _____
_____	# de carte de santé: _____
Télécopieur: _____	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
# de facturation: _____	Coordonnées de contact alternatif: _____
Signature: _____	_____
_____	_____
Médecin de famille (si différent) Nom: _____	
# de téléphone : _____	
Fax: _____	

Niveau de la colonne:

- Cervical
 Thoracique
 Lombo-sacrée

Douleur primaire:

(Utiliser une échelle de douleur numérique 1-10, 10 = la pire douleur ressentie)

- Dos, sévérité : _____
 Cou, sévérité : _____
 Jambe : G D Bilatéral
 Sévérité : _____
 Bras : G D Bilatéral
 Sévérité : _____

Dermatome impliqué : _____

Durée des symptômes:

- <6 semaines
 6-12 semaines
 3-6 mois
 6-12 mois
 >12 mois

Perte(s) neurologique(s) objective(s) (sélectionner tous les symptômes qui s'appliquent):

- Motrice : _____
 Sensorielle : _____
 Démarche / Équilibre : _____
 Contrôle fécal / urinaire : _____
 Signes de motoneurones supérieurs : _____
 Autre(s) : _____

Est-ce une douleur/incapacité si importante que le patient considérerait une approche chirurgicale?

- Oui
 Non
 Peut-être

Diagnostic:

- Douleur lombaire
 Douleur cervicale
 Radiculopathie / Sciatique
 Myélopathie
 Claudication neurogénique
 Déformité / Scoliose / Cyphose
 Autre(s) - Spécifier: _____

*** S'il-vous-plaît joindre tout autres rapports pertinents à votre demande de consultation.***

Pathologie:

- Hernie discale
 Arthrose dégénérative / Arthrose facettaire
 Sténose spinale
 Spondylolisthésis
 Déformité / Scoliose / Cyphose
 Fracture – Traumatique
 Fracture – Pathologique
 Tumeur
 Intradurale
 Inflammation
 Infection
 Autre(s)
 Spécifier: _____

Traitement reçu:

- Aucun
 Physiothérapie
 Durée: _____
 Résultat: _____
 Injection(s) de cortisone
 Réponse à l'injection Aucune
 Partielle
 Complète
 Programme d'exercices
 Durée : _____
 Résultat : _____
 Autre(s)
 Spécifier: _____

Préférence de chirurgien:

- Première disponibilité
 Chirurgien spécifique : _____

Imageries Diagnostiques:

Inclure au minimum un rapport IRM récent (datant de moins d'un an).

- Rapport IRM est inclus

Si c'est impossible de faire une IRM, SVP spécifier la raison : _____

Si c'est impossible de faire une IRM, SVP inclure un des rapports suivants:

- Tomodensitométrie
 Myélogramme par tomodensitométrie