**Programme Régionale Musculosquellétique– Conditions du Genou**Hôpital communautaire de Cornwall Hôpital Montfort Hôpital Queensway Carleton Hôpital d’Ottawa Hôpital Pembroke

**Demande de Consultation**

**Fax: 613-721-7889**

|  |
| --- |
| **DATE DU RÉFÉRÉ (AAAA/MM/JJ)\*Cette demande ne doit pas etre utilisé pour demandes urgentes (e.g. fractures)** |
| **Referring Physician Information – may use stamp****Information du médécin traitant – estampe autorisée**Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Spécialité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Addresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Télécopieur:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de facturation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Renseignements du médecin de famille (si différent)Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_Téléphone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Renseigement du patient – autocollant autorisé**Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Addresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N◦ carte d’assurance-maladie:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexe: Homme  Femme Autres coordonnées:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Information clinique** Diagnostic:Droit Gauche Bilatéraux* Blessure/déchirure LCA
* Blessure /déchirure d’autres ligaments
* Déchirure du ménisque (présence minime d’oséoarthrite sur radiographie debout)
* Corps étrangers (présence minime d’ostéoarthrite sur radiographie debout)
* Instabilité patellofemoral
* Autre:

Spécifiez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Attachez au moins un rapport d’imagerie:** • radiographie (debout AP, flexion PA, latéral, “skyline”); ou • IRM• Une radiographie debout devrait etre utilisé comme imagerie initiale pour patients >50 ans. Si cette vue démontre plus qu’une présence minime d’oséoarthrite, une demande devrait être acheminé au Programme Régionale de Remplacement de la Hanche et du Genou. | **Traitement à date** * Aucun
* Physiothérapie
* Anti-Inflammatoires
* Narcotiques
* Massage
* Acupuncture
* Injections de cortisone
* Autre

Préférence de chirurgien:* Premier chirurgien disponible
* Chirurgien spécifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |