

CONSULTATION  
EN ORTHOPÉDIE

Établissement :

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso avant de remplir ce formulaire.

| 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                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Rupture complète de la coiffe des rotateurs aigüe Prouvé à l'IRM ou à l'écho (usager < 40 ans) (Prérequis : rapport écho ou IRM)   |   |  |                             |  | C                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Maladie de la coiffe des rotateurs avec échec du traitement <sup>1</sup> (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose) (Prérequis : rapport IRM ou écho) |   |  |                             |  | D                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Luxation récidivante épaule avec physiothérapie initiée (Prérequis : rapport RX, Arthro-IRM)   |   |  |                             |  | D                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante épaule avec échec du traitement <sup>1</sup> (Prérequis : rapport RX)   |   |  |                             |  | D                                |   |
|  | Rupture complète du tendon :<br><input type="checkbox"/> Rotulien <input type="checkbox"/> Quadriceps   |   |  |                             |  | B                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Rupture ligament croisé avec physiothérapie initiée (Prérequis : rapport IRM)  |   |  |                             |  | C                                |   |
| Genou  | <input type="checkbox"/> Déchirure méniscale aigüe ou traumatique (< 60 ans) (Prérequis : rapport IRM)  |   |  |                             |  | D                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante du genou <sup>1</sup> (Prérequis : rapport RX)  |   |  |                             |  | D                                |   |
| Pied/ Cheville   | <input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon d'Achille   |   |  |                             |  | B                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante cheville (symptôme plus de 2 mois malgré immobilisation et physio) (Prérequis : rapport RX ou IRM)  |   |  |                             |  | C                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante cheville avec échec au traitement <sup>1</sup> (Prérequis : rapport RX)   |   |  |                             |  | D                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Hallux valgus ou orteils marteau symptomatiques (Prérequis : rapport RX)   |   |  |                             |  | E                                |   |
|  | Autres  | <input type="checkbox"/> Fracture aigüe mineure non déplacée immobilisée (Prérequis : rapport RX)   |  |                             |  |                                  | B |
|  |   | <input type="checkbox"/> Néoplasie musculo-squelettique (Prérequis : rapport IRM et RX)   |  |                             |  |                                  | B |
|  |   | <input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physio) (Prérequis : rapport RX et IRM) |  |                             |  |                                  | C |
| <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante hanche avec échec au traitement <sup>1</sup> (Prérequis : rapport RX)            |   |   |  |                             |  | D                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien ou tunnel cubital confirmé à EMG (Prérequis : résultat EMG)   |   |  |                             |  | D                                |   |
| Autre (utiliser cette section pour modifier une priorité ou pour toute 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  |   |   |  |                             |  |                                  |   |
| Ind. rég. N° de téléphone  |   | N° de poste   |  | Ind. rég. N° de télécopieur |  | N° de permis                     |   |
| 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  |   |   |  |                             |  |                                  |   |

| <b>Complétion du formulaire</b>    |  |
|---|--|
| <b>Ce formulaire doit être utilisé pour la clientèle de 16 ans et plus.</b>   |  |
| <b>Identification de l'utilisateur</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire le numéro de téléphone qui permettra au Centre de répartition des demandes de service (CRDS) de confirmer le rendez-vous (RV).</li> <li>Inscrire le code postal afin de permettre de donner un RV à proximité du domicile de l'utilisateur.</li> </ul>   |
| <b>Raison de consultation</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cocher la raison de consultation.</li> <li>Sinon inscrire la raison de consultation non prévue au formulaire dans la case « Autre » et préciser la priorité clinique.</li> </ul>  |
| <b>Priorité clinique</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Justifier toute priorité clinique modifiée ou toute autre raison de consultation.</li> </ul> <p><i>Permet au CRDS de connaître le délai maximal pour réaliser la consultation.<br/>Délai calculé en jours calendrier (inclus jours fériés et fins de semaine).<br/>Vous serez informé de toute priorité ne pouvant être respectée.</i></p>                                      |
| <b>Renseignements cliniques pertinents</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire toutes les informations justifiant la priorité clinique ou sa modification.</li> <li>Acheminer au CRDS tous les prérequis (rapports ou analyses) nécessaires pour la consultation.</li> <li>Joindre la liste de médicaments.</li> <li>Besoins spéciaux : Inscrire les besoins particuliers tels que : interprète, déplacement en fauteuil roulant ou autre.</li> </ul> |
| <b>Identification du médecin référent et du point de service</b>  | Remplir cette section afin que le rapport de consultation vous soit acheminé au bon point de service.  |
| <b>Référence nominative</b>   | 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.  |
| <b>Formulaire</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acheminer par télécopieur le formulaire à votre CRDS.</li> <li>Ne pas remettre de copie du formulaire à l'utilisateur.</li> </ul>   |
| <b>Légende</b>  |  |
| <sup>1</sup> Échec à la physiothérapie et aux infiltrations    |  |
| <b>Alertes cliniques (liste non exhaustive)</b>   |  |
| <b>Diriger l'utilisateur à l'urgence</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Fracture ouverte avec ou sans compromis neurovasculaire</li> <li>Luxation non réduite</li> <li>Syndrome compartimental</li> <li>Arthrite septique</li> <li>Syndrome de la queue de cheval</li> <li>Glissement épiphysaire chez l'enfant</li> </ul> |  |