



DT9286

## CONSULTATION EN ORTHOPÉDIE ADULTE

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				
<b>* Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées.</b>						
<b>Épaule</b>	<input type="checkbox"/> Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM ou à l'écho (usager < 50 ans) <i>(Prérequis : rapport IRM ou écho)</i>	<b>C</b>	<b>Pied/Cheville</b>	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon d'Achille	<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose) <i>(Prérequis : échec au traitement* et rapport IRM ou écho)</i>	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physio) <i>(Prérequis : rapport RX et IRM)</i>	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Luxation récidivante épaule avec physiothérapie débutée <i>(Prérequis : rapport RX, arthro-IRM)</i>	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante cheville <i>(Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)</i>	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante épaule <i>(Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)</i>	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Hallux valgus ou orteils marteau symptomatiques <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	<b>E</b>	
<b>Coude</b>	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon biceps distal	<b>B</b>	<b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> Fracture aiguë mineure non déplacée immobilisée <sup>1</sup> ou subluxation aiguë <i>(Prérequis : RX)</i>	<b>B</b>	
	<input type="checkbox"/> Épicondylite et épitrochléite <i>(Prérequis : traitement* et rapport écho ou IRM)</i>	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Néoplasie musculo-squelettique <i>(Prérequis : rapport RX)</i>	<b>B</b>	
<b>Genou</b>	Rupture complète du tendon : <input type="checkbox"/> Rotulien <input type="checkbox"/> Quadriceps	<b>B</b>		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physio) <i>(Prérequis : rapport RX et IRM)</i>	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Rupture ligament croisé avec physiothérapie initiée <i>(Prérequis : rapport IRM)</i>	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante hanche <i>(Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)</i>	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (usager < 60 ans) <i>(Prérequis : rapport IRM)</i>	<b>D</b>		<input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien ou tunnel cubital confirmé à l'EMG <i>(Prérequis : rapport EMG)</i>	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante du genou <i>(Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)</i>	<b>D</b>				
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>					Priorité clinique	
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>				<b>Si prérequis exigé(s) :</b>		
				<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Échec au traitement*		
<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 à l'urgence**

- Fracture ouverte avec ou sans compromis neurovasculaire
- Luxation non réduite
- Syndrome compartimental
- Arthrite septique
- Syndrome de la queue de cheval

**(1) Immobilisation de fracture(s) :**

Pour des fractures non immobilisées, vous êtes encouragé à ne pas diriger les usagers à l'urgence mais d'utiliser plutôt les corridors de services disponibles dans votre région.