

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