

Soumettre une seule demande à la fois.	Date de la demande : AAAA-MM-JJ
FAX : 1-506-317-2452 OPTIONS DE CONSULTATION ☐ Premier chirurgien disponible (Préférable pour réduire les délais d'attente) ☐ Établissement ou chirurgien de préférence ☐ CHU Dr-Georges-L.-Dumont ☐ Aucune préférence ☐ Hôpital régional Chaleur ☐ Chirurgien de préférence : Dr _____	
Médecin demandeur Nom : _____ Spécialité : _____ Adresse : _____ _____ N° de tél. : _____ Fax : _____ Courriel : _____ N° de facturation : _____ Signature : _____ Renseignements sur le médecin de famille (s'ils diffèrent) Nom : _____ N° de tél. : _____	Coordonnées du patient Nom : _____ Adresse : _____ _____ DDN : _____ NAM : _____ exp. : _____ Sexe : ☐ M ☐ F Langue de préférence : ☐ Français ☐ Anglais N° de tél. : _____ Autre n° de tél. : _____ Courriel : _____
DIAGNOSTIC ☐ Arthrose ☐ Arthrite inflammatoire ☐ Arthrite post-traumatique ☐ Autre: _____	RAISON DE LA DEMANDE DE CONSULTATION ☐ Remplacement primaire : ☐ Hanche : ☐ droite ☐ gauche ☐ Genou : ☐ droit ☐ gauche URGENCE : ☐ Non urgent ☐ Urgent
JOINDRE LES RADIOGRAPHIES DE L'ARTICULATION TOUCHÉE À LA DEMANDE DE CONSULTATION La radiographie de la région touchée doit avoir été faite dans les 12 derniers mois précédant la date de la demande.	
SYMPTÔMES ACTUELS (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) ☐ Douleur à l'activité : ☐ Douleur au repos/nuit : ☐ Autre : _____ ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère	TRAITEMENTS À CE JOUR (cocher tous les cas qui s'appliquent) ☐ Analgésiques ☐ Anti-inflammatoires non stéroïdiens ☐ Injections : ☐ Stéroïdes ☐ Viscosuppléance ☐ Arthroscopie ☐ Physiothérapie ☐ Exercice/perte de poids ☐ Autre : _____
APPAREILS FONCTIONNELS ACTUELS ☐ Aucun ☐ Canne(s) ☐ Béquilles ☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant	MÉDICAMENTS ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (joindre le profil du patient)
Nous faire parvenir tout renseignement supplémentaire qui nous aidera à déterminer l'urgence.	

ORTHOPEDIC CONSULTATION REQUEST
Hip and Knee Osteoarthritis

Please submit only one referral at a time.	Referral date: YYYY - MM -DD
FAX: 1-506-317-2452 CONSULTATION OPTIONS ☐ First available surgeon (<u>Preferable to reduce waiting times.</u>) ☐ Preferred facility or surgeon ☐ Dr. Georges-L.-Dumont UHC ☐ No preference ☐ Chaleur Regional Hospital ☐ Preferred surgeon: Dr. _____	
Referring physician Name: _____ Speciality: _____ Address: _____ Telephone: _____ Fax: _____ Email: _____ Billing no.: _____ Signature: _____ Family physician (if different from referring physician) Name: _____ Telephone: _____	Patient information Name: _____ Address: _____ _____ DOB: _____ Healthcare no.: _____ Exp.: _____ Sex: ☐ M ☐ F Preferred language: ☐ French ☐ English Telephone no.: _____ Other telephone no.: _____ Email: _____
DIAGNOSIS ☐ Osteoarthritis ☐ Inflammatory arthritis ☐ Post-traumatic arthritis ☐ Other: _____	REASON FOR THE CONSULTATION ☐ Primary replacement: ☐ Hip: ☐ Knee: ☐ Right ☐ Left ☐ Right ☐ Left URGENCY: ☐ Routine ☐ Urgent
PLEASE ENSURE THAT X-RAYS OF THE AFFECTED JOINT ARE INCLUDED WITH THE CONSULTATION REQUEST An X-ray of the affected area must have been performed within twelve months of the referral date.	
CURRENT SYMPTOMS (Check all that apply.) ☐ Pain on activity: ☐ Pain at rest/night: ☐ Other: _____ ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe	TREATMENTS TO DATE (Check all that apply.) ☐ Analgesics ☐ Nonsteroidal anti-inflammatory drugs ☐ Injections: ☐ Steroids ☐ Viscosupplement ☐ Arthroscopy ☐ Physiotherapy ☐ Exercise / weight loss ☐ Other: _____
CURRENT ASSISTIVE DEVICES ☐ None ☐ Cane(s) ☐ Crutches ☐ Walker ☐ Wheelchair	MEDICATION AND MEDICAL HISTORY (Please attach the patient's profile.)
Please send us any additional information that will help us determine the urgency.	