

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.		