



DT9327

CONSULTATION EN PHYSIATRIE ADULTE MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Attention :

- 1- Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir le formulaire.
- 2- Aviser l'usager d'apporter une copie CD-ROM des imageries pour le rendez-vous avec le spécialiste.

| | | | |
|---------------------------|--------------|------------|----------------------|
| Nom et prénom de l'usager | | | |
| N° d'assurance maladie | | Année | Mois |
| | | Expiration | |
| Nom et prénom du parent | | | |
| Ind. rég. | N° téléphone | Ind. rég. | N° téléphone (autre) |
| Adresse | | | |
| Code postal | | | |

| Étape 1 – Tableau clinique | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cervicalgie (Prérequis : rapport RX) | <input type="checkbox"/> Atteinte de l'épaule (Prérequis : rapport RX et préciser l'atteinte) |
| <input type="checkbox"/> Cervico-brachialgie (Prérequis : rapport RX et IRM souhaitable) | <input type="checkbox"/> Atteinte du poignet ou de la main ou du coude (Prérequis : rapport RX et préciser l'atteinte) |
| <input type="checkbox"/> Dorso-lombalgie (Prérequis : rapport RX) | <input type="checkbox"/> Atteinte de la hanche (Prérequis : rapport RX et préciser l'atteinte) |
| <input type="checkbox"/> Lombo-sciatalgie (Prérequis : rapport RX, TDM ou IRM souhaitable) | <input type="checkbox"/> Atteinte du genou (Prérequis : rapport RX et préciser l'atteinte) |
| <input type="checkbox"/> Syndromes compressifs des nerfs périphériques (Prérequis : rapport RX, EMG (si disponible) et préciser l'atteinte) | <input type="checkbox"/> Atteinte de la cheville ou du pied (Prérequis : rapport RX et préciser l'atteinte) |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Étape 2 – Priorité clinique selon l'atteinte fonctionnelle | |
| Délai de consultation | |
| Si vous jugez qu'une situation clinique est une priorité A ou B (≤ 10 jours), communiquez avec le physiatre de garde par téléphone | |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle sévère : impact majeur pour AVD et AVQ | C (≤ 28 jours) |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle modérée (ex. : impact sur le sommeil, le travail et les loisirs) | D (≤ 3 mois) |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle légère et persistante | E (≤ 12 mois) |
| Étape 3 – Motif(s) de consultation | |
| Consultation générale en physiatrie | Consultation en physiatrie avec technique spécialisée |
| <input type="checkbox"/> Précision diagnostique et recommandation thérapeutique | <input type="checkbox"/> Échographie diagnostique ou infiltration écho guidée |
| <input type="checkbox"/> Réadaptation | <input type="checkbox"/> Infiltration vertébrale sous fluoroscopie |
| <input type="checkbox"/> Prescription d'orthèse | <input type="checkbox"/> EMG |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Infiltration sous repère anatomique ¹ |
| Étape 4 – Prérequis | |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle récente persistante malgré traitement conservateur adéquat : • ≥ 8-12 semaines pour douleur rachidienne ou d'un membre • ≥ 4-6 semaines pour douleur radiculaire | Date de début des symptômes |
| <input type="checkbox"/> Radiographie simple de la région touchée, IRM ou TDM souhaitable (joindre rapport(s)) | Année Mois Jour |
| Allergie à l'iode : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Anticoagulothérapie : <input type="checkbox"/> Oui (spécifier la raison) <input type="checkbox"/> Non | |
| Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires | |
| Si prérequis exigé(s) : | |
| <input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSQ | |
| <input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande | |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fonctionnelle persistante malgré tx conservateur | |
| Besoins spéciaux : | |
| Identification du médecin référent et du point de service | |
| 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 | |
| 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 | |

Légende

¹ L'infiltration du genou ou de l'épaule sous repère anatomique devrait idéalement être orientée en 1^{re} ligne et non pas en spécialité

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger l'utilisateur vers l'urgence

- Syndrome de la queue de cheval
- Pied tombant de moins de 48 h
- Myélopathie rapidement progressive
- Arthrite septique
- Incapacité fonctionnelle complète aiguë (incapacité totale de se mobiliser et d'assurer ses activités de la vie quotidienne)