

DEMANDE DE CONSULTATION Clinique d'orthopédie

DATE : _____

Informations obligatoires

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
RAMQ :
Dossier CH Hull (si connu)
SVP indiquer tous les numéros de téléphone pour rejoindre le patient

La requête doit être complétée et sera traitée selon le Guide de prise en charge de la clientèle orthopédique, que vous trouverez à l'adresse : portailmed07.rtss.qc.ca/orthopedie

RAISON DE LA CONSULTATION:

- PRISE EN CHARGE POUR ÉVALUATION ET TRAITEMENT*
- SUIVI POST-OPÉRATOIRE
- A ÉTÉ VU EN ORTHOPÉDIE DEPUIS <2 ANS POUR LE MÊME PROBLÈME
- PROBLÈME POUVANT PRÉCIPITER UNE PERTE D'AUTONOMIE
- AUTRE : _____

*URGENCE : (JUSTIFIER)

DIAGNOSTIC : SVP vous assurer d'indiquer l'articulation concernée et si le problème est consécutif à un traumatisme

EXAMENS DIAGNOSTIQUES PRÉ-REQUIS EFFECTUÉS: (OBLIGATOIRE : JOINDRE LES RÉSULTATS)

ÉVALUATION PARACLINIQUE ET TRAITEMENTS ANTÉRIEURS : (Ex : Infiltration, physiothérapie, etc.)

SANTÉ : Affections associées ou antécédents médicaux pouvant compromettre une chirurgie

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN

SIGNATURE DU MÉDECIN

NO. DE PERMIS

N.B. : toute demande incomplète vous sera retournée

CLINIQUE EXTERNE D'ORTHOPÉDIE DU CSSS DE GATINEAU, HÔPITAL DE HULL,
TÉL POUR QUESTIONS CLINIQUES: 819-966-6200 POSTE 3967
TÉLÉCOPIEUR : 819-966-6326
portailmed07.rtss.qc.ca/orthopedie