

<b>Processus</b>	<b>Urgences orthopédiques</b>
------------------	-------------------------------

1. Veuillez remplir le formulaire ci-dessous pour toute consultation pour **FRACTURES OU BLESSURES**. Il existe un formulaire distinct pour les autres préoccupations orthopédiques. Veuillez inclure autant de renseignements que possible. S'ils sont insuffisants, votre demande sera refusé. N'hésitez pas à ajouter une lettre d'appui au formulaire. **Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires.**
2. Informez le ou la patient(e) ou un membre de sa famille que **CHEO les contacteras dans les 3 à 5 jours suivant la demande** pour planifier une heure de rendez-vous.
3. Une fois rempli, veuillez soumettre le formulaire par télécopieur au **613-738-4865**.

Le cas échéant, **veuillez remettre à votre patient(e) tout document d'imagerie médicale** incluant CD ou USB (à moins qu'il provienne du RIDNEO ou du cNER) et lui demander de l'apporter à son rendez-vous.

En cas d'**urgence** orthopédique, composez le **613-737-7600, poste 0**, et demandez à parler au résident ou à la résidente de garde en orthopédie.

**Exemples d'urgence :**

- A) Avis sur des fractures nécessitant une réduction
- B) Avis sur des fractures nécessitant une chirurgie
- C) Autres urgences orthopédiques

*\*\*Veuillez noter que pour une demande de consultation dans la clinique de Fracture, il n'est pas nécessaire d'avoir l'autorisation du résident(e) sur appel\*\**

**VEUILLEZ PLACER L'ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION OU INSCRIRE LES RENSEIGNEMENTS DE MANIÈRE LISIBLE**

*Nom		*Nom de l'hôpital à l'origine de demande/consultation	
*Date de naissance (jj/mm/aaaa)		*Prestataire de soins traitant	
*Numéro de téléphone		*Numéro de facturation du prestataire de soins	
Adresse			

**Motif de Consultation**

<input type="checkbox"/> <b>Fracture</b>	<p><b>*Date de la blessure :</b> _____</p> <p><b>*Os touchés :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Colonne vertébrale      <input type="checkbox"/> Clavicule  <input type="checkbox"/> Humérus  <input type="checkbox"/> Radius/ulna      <input type="checkbox"/> Scaphoïde <input type="checkbox"/> Bassin  <input type="checkbox"/> Fémur <input type="checkbox"/> Tibia/fibula <input type="checkbox"/> Cheville  <input type="checkbox"/> Pied</p> <p><b>*Type de fracture :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Avulsion <input type="checkbox"/> En bois vert <input type="checkbox"/> En motte de beurre</p> <p><input type="checkbox"/> Touche la lame/plaque épiphysaire  <input type="checkbox"/> Ne touche pas la lame/plaque épiphysaire <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p><b>*Emplacement :</b> <input type="checkbox"/> Droite    <input type="checkbox"/> Gauche</p> <p><b>*Mouvement de la fracture :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Déplacée      <input type="checkbox"/> Non déplacée</p> <p><b>*Réduction effectuée?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>*Type d'immobilisation :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aucune    <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Botte de marche orthopédique</p> <p><input type="checkbox"/> Plâtre Court <input type="checkbox"/> Plâtre Long <input type="checkbox"/> Écharpe</p>
<input type="checkbox"/> <b>Blessure aiguë</b>	<p><b>*Date de la blessure :</b> _____</p> <p><b>*Os/articulation touché :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cou/colonne cervicale <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Cheville</p> <p><b>*Type de blessure :</b>    <input type="checkbox"/> Luxation      <input type="checkbox"/> Nouvelle blessure/déchirure ligamentaire <input type="checkbox"/> Nouvelle déchirure du ménisque <input type="checkbox"/> Instabilité rotulienne accompagnée d'une fracture/d'un corps libre <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><b>*Immobilisation :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Écharpe <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Long plâtre <input type="checkbox"/> Court plâtre <input type="checkbox"/> Botte de marche orthopédique <input type="checkbox"/> Collet cervical <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p><b>*Emplacement :</b> <input type="checkbox"/> Droite    <input type="checkbox"/> Gauche</p>

**\*Les blessures aiguës aux épaules et les déchirures du ligament croisé antérieur nécessitent une IRM avant toute consultation**