

**Processus de Consultation**

1. Veuillez remplir le formulaire ci-dessous pour toute préoccupation relative à la MÉDECINE SPORTIVE. **Il existe des formulaires distincts pour les demandes de fractures ou blessures aiguës ainsi que pour les demandes en orthopédie générale.** Veuillez inclure autant de renseignements que possible. S'ils sont insuffisants, votre demande sera refusé. N'hésitez pas à ajouter une lettre d'appuie 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 l'appellera pour planifier un rendez-vous.
3. Veuillez envoyer le formulaire rempli et tous les rapports d'imagerie pertinents 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 prochain rendez-vous.*

**Renseignements sur le ou la patient(e) – VEUILLEZ PLACER L'ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION OU INSCRIRE LES RENSEIGNEMENTS DE MANIÈRE LISIBLE**

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

**Motif de Consultation**
**MEMBRES SUPÉRIEURS**

<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Instabilité récurrente de l'épaule ( <input type="checkbox"/> *IRM avec injection d'un produit de contraste)
	<input type="checkbox"/> Autre (p. ex. articulation sterno-costo-claviculaire, articulation acromio-claviculaire, blessure à l'épaule chez les jeunes joueurs de baseball) : _____
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Ostéochondrite disséquante de l'épaule/du coude <input type="checkbox"/> Blessures au coude associées aux lanceurs
	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Autre	_____

**MEMBRES INFÉRIEURS**

<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Dysplasie de l'articulation de la hanche chez les adolescent(es)
<u>Les patient(es) doivent faire 3 mois de physiothérapie avant une demande de référence pour un CFA ou une déchirure labrale</u>	<input type="checkbox"/> CFA (*physiothérapie x ___ mois) <input type="checkbox"/> Déchirure labrale (*physiothérapie x ___ mois)
	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Déchirure du ligament croisé antérieur ( <input type="checkbox"/> *IRM comprise)
<u>Les patient(es) doivent faire 3 mois de physiothérapie avant une demande de référence pour une douleur fémoro-patellaire</u>	<input type="checkbox"/> Lésion chronique du ménisque (p. ex. déchirure chronique)
	<input type="checkbox"/> Ostéochondrite disséquante ou autre lésion ostéochondrale
	<input type="checkbox"/> Instabilité fémoro-patellaire récurrente
	<input type="checkbox"/> Douleur fémoro-patellaire (*physiothérapie x ___ mois) <input type="checkbox"/> Autre déchirure ligamentaire
	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Pied et cheville	<input type="checkbox"/> Instabilité récurrente de la cheville
	<input type="checkbox"/> Ostéochondrite disséquante ou autre lésion ostéochondrale
	<input type="checkbox"/> Subluxation des tendons <input type="checkbox"/> Os trigone <input type="checkbox"/> Naviculaire accessoire
<input type="checkbox"/> Autre	_____