

DEMANDE DE SERVICES

Envoyez par télécopieur au site Céane Central

1-855-567-7969

DATE DE LA DEMANDE : JJ MM AAAA		DATE DE RÉCEPTION : JJ MM AAAA	
ÉVALUATION : Votre patient sera évalué au CÉANE le plus proche de son domicile (SITE de North Bay, Sudbury, Manitoulin, Sault Ste Marie, Timmins et Parry Sound) à moins d'indication précise.			
CONSULTATION : Quand il aura été déterminé que votre patient peut subir une intervention chirurgicale, celui-ci aura la possibilité de choisir un chirurgien ou d'être dirigé vers le prochain chirurgien disponible (site particulier ou RLISS du Nord-Est). Préférence quant au chirurgien (s'il y a lieu) :			
RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT	
Nom :		Nom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville, code postal :		Téléphone : Télécopieur :	
Date de naissance : JJ MM AAAA		Spécialité :	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Numéro de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario :	
Numéro de la carte Santé :		Signature :	
Téléphone :		Renseignements sur le médecin de famille (s'il ne s'agit pas du médecin mentionné ci-dessus)	
Autre n° de tél. ou personne à appeler :		Nom :	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Articulation(s) : HANCHE (côté) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> les 2 côtés GENOU (côté) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> les 2 côtés ÉPAULE (côté) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> les 2 côtés		Diagnostic : <input type="checkbox"/> Arthroplastie de la hanche / genou antécédente douloureuse <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Arthrite inflammatoire <input type="checkbox"/> Conflit sous-acromial <input type="checkbox"/> Instabilité <input type="checkbox"/> Épaule bloquée <input type="checkbox"/> Rupture de la coiffe de rotateurs : <input type="checkbox"/> Épaisseur partielle <input type="checkbox"/> Pleine épaisseur <input type="checkbox"/> AUTRE :	
Niveau de douleur : <input type="checkbox"/> léger <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> fort		Cette affection est-elle couverte par la WSIB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Limitation fonctionnelle : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> sévère		LISTE ACTUELLE DES MÉDICAMENTS	
IMAGERIE DIAGNOSTIQUE - EXIGENCES		CI-JOINTE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
CI-JOINT(S) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Genou : AP debout bilatéral, latéral, « Skyline » du ou des genoux touchés Hanche : bassin AP, latéral de la ou des hanches touchées Patients ayant déjà subi une arthroplastie totale de la hanche : clichés au-dessus de la hanche + AP de la moitié de l'extrémité proximale du fémur (s'assurer que le bout de la tige soit visible) Épaules : rayon X, ultrason, rapport d'IRM (au moins 1 rapport d'imagerie diagnostique requis)		À NOTER : Si la liste n'est pas jointe à la présente, veuillez demander au patient d'apporter la liste lors de son premier rendez-vous au CÉANE.	
RÉSERVÉ À L'USAGE DU CÉANE			
Code de triage papier : <input type="checkbox"/> A (diriger vers le chirurgien) <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C (ne convient pas pour le CÉANE)		Chirurgien : Raison :	
Triage effectué par :		Date :	

Légende : APP - Physiothérapeute en pratique avancée

Cette Demande de services résulte d'une adaptation réalisée pour le RLISS du Nord-Est avec la permission du Holland Orthopaedic & Arthritic Centre du Centre Sunnybrook 2010.