

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

CSST  SAAQ \_\_\_\_\_

**OPINION MÉDICALE**  **PHYSIATRIE**  **ÉLECTROMYOGRAPHIE (EMG)**  **ORTHOPÉDIE**  **PSYCHIATRIE**

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

Lomalgie  Radiculopathie  Fibromyalgie  Cervicalgie  Céphalée / Migraine  SDRC

A- Les médecins de DouleurMD n'assumeront aucune responsabilité quant à la gestion des prescriptions, notamment les narcotiques. Veuillez considérer les attentes du patient avant de procéder à la référence.

B- Douleur MD s'engage à minimiser le temps d'attente, mais les cas présentant un potentiel d'amélioration plus élevé, suite à une gestion agressive de la douleur, seront considérés prioritaires.

**La condition est :**  Aigue (moins de 3 mois)  Chronique (plus de 3 mois)  Complexe (douleur diffuse, trouble d'humeur)

### CONSULTATION ET INTERVENTION / TECHNIQUE CIBLÉE

CHOISIR LA TECHNIQUE LA PLUS APPROPRIÉE

ÉPIDURALE SOUS FLUOROSCOPE

Caudale  Foraminale Niveau radiculaire Gauche Droite

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFILTRATIONS FACETTAIRES SOUS FLUOROSCOPE

Bloc facettaire

Bloc de branche médiane postérieure (Double bloc)

Niveau intervertébral Gauche Droite

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ARTICULATION SACRO-ILIAQUE OU PÉRIPHÉRIQUE Gauche Droite

Infiltration intra-articulaire

INFILTRATION ECHO-GUIDÉE

OPINION + TRAITEMENT PRP/CELLULES SOUCHES (SERVICE NON-COUVERT)

### CENTRE D'ÉCHOGRAPHIE - Consultation et

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE Gauche Droite

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE AVEC INFILTRATION \_\_\_\_\_

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE ET LAVAGE DE CALCIFICATION \_\_\_\_\_

ÉCHOGRAPHIE ET TRAITEMENT DE PRP \_\_\_\_\_

### CONSULTATION NEUROCHIRURGIE (SERVICE HORS-RAMQ)

\_\_\_\_\_

### SERVICE SPÉCIALISÉ EN RÉADAPTATION

Adaptation à la douleur chronique

• Veuillez nous faire parvenir tout rapport pertinent à cette demande (RX, CT-Scan, IRM, Échographie, EMG). (Toute demande incomplète sera retournée).  
• Tout patient doit avoir un médecin de famille ou médecin traitant qui s'engage à collaborer dans les soins et suivis de la condition de douleur chronique.  
• Malgré notre approche multidisciplinaire, nos ressources seront limitées durant notre année de lancement. Veuillez réserver vos cas lourds et complexes pour les cliniques intra hospitalières.

### COORDONNÉES DU MÉDECIN

Médecin référant : \_\_\_\_\_ Num. de pratique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_