

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 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 : _____