

Date: **Clinique de médecine sportive - Formulaire de recommandation**

Médecin recommandant

Nom _____ #Facture _____
Adresse _____
Téléphone _____ #Fax _____
Signature _____

Patient

Nom _____
Adresse _____
Carte santé _____ Exp. _____ D.D.N. _____
aaaa-mm-jj aaaa-mm-jj
Téléphone _____ Langue Ang Fr Ang & Fr
 CSPAAT Accident avec moto/véhicule Équipe universitaire

Conditions mieux prises en charge ailleurs:

✓ Les patients présentant des douleurs du cou et du dos sans symptôme aux jambes ou aux bras.

La gestion de la douleur du cou et dos ne nécessite pas une consultation auprès d'un spécialiste dans la mesure où elle implique : i) l'utilisation d'analgésiques au besoin (Tylenol, AINSs, relaxants musculaires), ii) une éducation sur le besoin de rester actif et d'être assuré qu'en dépit de la douleur, cette activité ne va pas nuire, iii) de la physiothérapie pour étirer et renforcer, iv) une éducation sur l'ergonomie. Plus d'information et de ressources, y compris une éducation des patients et des vidéos d'autogestion sont disponibles sur http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/lower_back.aspx. Certains patients peuvent envisager un dépistage et un essai thérapeutique d'injections zygapophysaires ou des blocs de la branche médiale. Ces recommandations peuvent être envoyées au département de radiologie de l'Hôpital d'Ottawa, ou à l'Institut de la douleur orthopédique de Kingston.

✓ Les patients présentant un syndrome de douleur chronique généralisée, comme la fibromyalgie.

Recommandation pour

Ou indiquer un fournisseur spécifique

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Général/Médecine sportive | <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique | <input type="checkbox"/> Physiatre/Médecine sportive |
| <input type="checkbox"/> Dr. Valerie Hindle | <input type="checkbox"/> Dr. Chris Raynor | <input type="checkbox"/> Dr. Gerald Wolff |
| <input type="checkbox"/> Dr. Gary Greenberg | <input type="checkbox"/> Dr. Michael Pickell | <input type="checkbox"/> Dr. Colin Mascaro |
| <input type="checkbox"/> Dr. Sean Mindra | | |
| <input type="checkbox"/> Dr. Pauline Lin | | |

Détails

Priorité Urgent Rendez-vous régulier **Date de la blessure** _____ **Activité/Sport concerné** _____

Nature de la blessure Blessure sévère (<4 semaines) Problème subaigu (durée de <6 mois) État chronique *(Voir conditions mieux prises en charge ailleurs pour connaître les exclusions.)*

Partie du corps Épaule/bras Hanche/bassin Coude/avant-bras Genou/jambe Poignet Pied/cheville

Colonne Cervicale Thoracique Lombaire

Diagnostic Arthrite Fracture Blessure des tissus mous Autre _____

Imagerie

Veillez noter qu'une imagerie médicale est exigée pour des recommandations pour l'ortho/médecine sportive. Par contre, elles ne sont pas obligatoires pour recommander des patients pour la médecine sportive générale ou la physiatrie. Si une imagerie médicale a déjà été faite, veuillez mentionner les résultats ci-dessous et les envoyer à nos bureaux.

Echographie Radiographie IRM TDM EMG S/O

Raison de la recommandation: * Veuillez joindre l'historique médical/chirurgical, la liste des médicaments et des allergies, au besoin.