



CONSULTATION EN ORTHOPÉDIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso
et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique
(si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

CRV

Raison de consultation

Échelle de priorité clinique : A : ≤3 jrs B : ≤10 jrs C : ≤28 jrs D : ≤3 mois E : ≤12 mois

* Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées.

Épaule	<input type="checkbox"/> Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM ou à l'écho (usager < 50 ans) (Prérequis : rapport IRM ou écho)	C	Pied / cheville	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon d'Achille	B
	<input type="checkbox"/> Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose) (Prérequis : échec au traitement* et rapport IRM ou écho)	D		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physio) (Prérequis : rapport RX et IRM)	C
	<input type="checkbox"/> Luxation récidivante épaule avec physiothérapie débutée (Prérequis : rapport RX, arthro-IRM)	D		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante cheville (Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)	D
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante épaule (Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)	D		<input type="checkbox"/> Hallux valgus ou orteils marteau symptomatiques (Prérequis : rapport RX)	E
Coude	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon biceps distal	B	Autres	<input type="checkbox"/> Fracture aiguë mineure non déplacée immobilisée ¹ ou subluxation aiguë (Prérequis : RX)	B
	<input type="checkbox"/> Épicondylite et épitrochléite (Prérequis : traitement* et rapport écho ou IRM)	D		<input type="checkbox"/> Néoplasie musculo-squelettique (Prérequis : rapport RX)	B
Genou	Rupture complète du tendon : Rotulien <input type="checkbox"/> Quadriceps <input type="checkbox"/>	B		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante poignet (symptômes plus de 2 mois malgré attelle et physio) (Prérequis : rapport RX et IRM)	C
	<input type="checkbox"/> Rupture ligament croisé avec physiothérapie initiée (Prérequis : rapport IRM)	C		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante hanche (Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)	D
	<input type="checkbox"/> Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (usager < 60 ans) (Prérequis : rapport IRM)	D	<input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien ou tunnel cubital confirmé à l'EMG (Prérequis : rapport EMG)	C	
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante du genou (Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)	D			

☐ Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci-dessous) :

Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Si prérequis exigé(s)

- ☐ Disponible(s) dans DSQ
☐ Annexé(s) à la présente demande
☐ Échec au traitement *

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

Nom du médecin référent				N° de permis	
Ind. Rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. Rég.	N° de télécopieur	N° de poste
Nom du point de service					
Signature				Date (année, mois, jour)	

Etampe

Médecin de famille : ☐ Idem au médecin référent ☐ Usager sans médecin de famille

Référence nominative (si requis)

Nom du médecin de famille

Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier

Nom du point de service

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Diriger ou garder l'utilisateur à l'hôpital (urgence ou hospitalisation)

- Fracture ouverte avec ou sans compromis neurovasculaire
- Luxation non réduite
- Syndrome compartimental
- Arthrite septique
- Syndrome de la queue de cheval

Immobilisation¹ de fracture(s) :

Pour des fractures non immobilisées, vous êtes encouragé à ne pas diriger les usagers à l'urgence mais d'utiliser plutôt les corridors de services disponibles dans votre région.