

## DEMANDE DE CONSULTATION

### Clinique locomoteur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

Date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

#### RAISON DE LA CONSULTATION :

Avis diagnostique et thérapeutique

Prise en charge pour traitement et suivi

#### HISTOIRE MÉDICALE ET ANTÉCÉDENTS :

Le patient a-t-il déjà reçu une infiltration?

Non

Oui, date : \_\_\_\_\_

AAAA/MM/JJ

Le patient est-il suivi à la clinique de la douleur?

Non

Oui

Autres traitements tentés :

Physiothérapie

Médication

Autre(s) : \_\_\_\_\_

Allergies médicamenteuses :

Non

Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_

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

Référé par :

Physiothérapeute, chiropraticien, thérapeute athlétique

Médecin traitant

Orthopédie

Signature du médecin ou du professionnel : \_\_\_\_\_

Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

**Veillez SVP acheminer ce document avec une copie du profil pharmacologique et des examens radiologiques (IRM, EMG, radiographie), par télécopieur au 819 474-5422.**

*Veillez noter que nous ne faisons pas le suivi des cas CSST et SAAQ. Par contre, un avis peut nous être demandé.*