

À remplir par le médecin référent / To be completed by the referring physician

01 PATIENT

PATIENT

Nom et prénom

Full name

Date de naissance

Date of birth

Numéro RAMQ

Health insurance number

Téléphone

Phone number

02 TYPE DE DEMANDE

REFERRAL TYPE

☐ Électromyographie (EMG)

Electrodiagnostic study

☐ Échographie diagnostique neuro-musculosquelettique

Diagnostic neuromusculoskeletal ultrasound

☐ Évaluation pour infiltration échoguidée

Image-guided injection assessment

Membre sup. / Upper limb

☐ Épaule/shoulder☐ Coude/elbow☐ Poignet/wrist☐ Main/doigts

Membre inf. / Lower limb

☐ Hanche/hip☐ Genou/knee☐ Cheville/ankle☐ Pied/orteils☐ Sacro-iliaque / SI joint☐ Nerf d'Arnold / occipital nerve

Autre:

Produit envisagé / Treatment considered

☐ PRP☐ Cortisone☐ Viscosupplémentation☐ Autre / other

! Infiltrations rachidiennes cervicales, thoraciques et lombaires non offertes.

Cervical, thoracic and lumbar spine injections are not offered.

☐ Évaluation pour toxine botulinique

Botulinum toxin assessment

☐ Spasticité☐ Migraine chronique☐ Douleur☐ Autre

03 RAISON DE CONSULTATION

REASON FOR REFERRAL

Préciser le côté, le diagnostic et la question clinique. Joindre les rapports pertinents. / Specify side, diagnosis and clinical question; attach reports.

04 MÉDECIN RÉFÉRENT

REFERRING PHYSICIAN

Nom

Name

No de permis CMQ

CMQ licence no.

Fax de retour

Return fax

Date

Date