



**DEMANDE DE RÉFÉRENCE-SPÉCIAL ORTHO
HÔPITAL ENFANT-JÉSUS DIAGNOSTIC**

Date du traumatisme (moins de 2 semaines) : _____
aaaa/mm/jj

Tendon :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biceps DISTAL | <input type="checkbox"/> Quadriceps |
| <input type="checkbox"/> d'Achille | <input type="checkbox"/> Rotulien |
| <input type="checkbox"/> Extenseur cheville et orteils | |

Fracture aiguë : _____

Nom du médecin requérant : _____ N° de permis : _____

Signature : _____

RAPPEL- s'assurer que :

- L'utilisateur ait reçu un analgésique approprié pour un délai de cinq jours ouvrables;
- L'utilisateur ait été immobilisé;
- L'utilisateur ait en main son CD d'imagerie;
- L'utilisateur soit à jeun la veille de sa consultation à partir de minuit;
- La prescription de référence ait été remise à l'utilisateur et qu'elle ait été envoyée par télécopieur à la clinique du « Spécial ortho » au numéro : 418-649-5920.

N.B. : Les fractures de la colonne ne sont pas traitées par l'équipe du « spécial ortho ».
Si fracture de la colonne, contacter le médecin de garde en chirurgie de la colonne spinale.

Notes : _____

Consultation prévu le : _____

Nom de l'infirmière de priorisation : _____

Signature _____ Date : _____