



Adressographe OU complétez les informations suivantes :

Dossier : _____

Nom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____

Téléphone : 1. _____

2. _____

Demande de traitement à la clinique de
Gestion de la douleur chronique

Formulaire réservé aux médecins spécialistes

Orthopédiste Rhumatologue Neurochirurgien Physiatre

Toute demande incomplète ou illisible vous sera retournée. Celle-ci sera évaluée lorsque tous les renseignements nécessaires nous auront été acheminés.

Date : _____

Raison de consultation : _____

Diagnostic : _____

Allergies : _____

INVESTIGATION(S) RÉALISÉE(S)

IRM Radiographie simple EMG TDM Scintigraphie osseuse

Autre (spécifiez) : _____

S.V.P joindre le(s) rapport(s) d'examen sauf si effectué(s) au CHAUR du CIUSSS MCQ

MÉDICATION

Anticoagulant : Non Oui (précisez) : _____

Antiplaquettaire (sauf ASA) Non Oui (précisez) : _____

S.V.P joindre la liste des médicaments actuels.

TRAITEMENT DEMANDÉ :

Péridurale : Caudale Cervicale Lombaire Thoracique

Inscrire le niveau _____

Infiltration : Site : _____

Latéralisation Droite Gauche

Autre _____

S'agit-il d'un 2^e traitement? Oui Non

IMPORTANT

Le suivi post-intervention sera pris en charge par le spécialiste prescripteur. Aucun suivi ne sera fait par la clinique de gestion de la douleur chronique.

Un nouveau formulaire devra être complété pour une deuxième demande de traitement

Signature : _____ N° permis : _____

Veillez faire parvenir l'ensemble des documents à l'attention de la clinique : Gestion de la douleur chronique au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec.

- par la poste à : Centre hospitalier affilié universitaire régional, 1991, boulevard du Carmel, Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9
- par télécopieur au (819) 378-9272
- par dépôt en personne à l'accueil de notre centre.