

**Demande de consultation – Référence
Infiltration musculo-squelettique échoguidée**

Clinique familiale d'Arthabaska
39 Laurier Est, bureau 2, Victoriaville, Qc
Téléphone : 819 357-9322
Télécopieur : 819 357-7926

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Impression diagnostique, renseignement clinique : _____

Nombre d'infiltrations reçues à ce niveau dans la dernière année : _____

Infiltration demandée	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Bilatérale
	<input type="checkbox"/> Cortisone	<input type="checkbox"/> Viscosuppléance	
Épaule <input type="checkbox"/> Sous-Acromiale (bursite, tendinopathie) <input type="checkbox"/> Gléno-humérale (capsulite, arthrose) <input type="checkbox"/> Acromio-claviculaire <input type="checkbox"/> Longue portion biceps	Hanche <input type="checkbox"/> Articulation coxo-fémorale (arthrose, labrum) *** Patients < 200 lbs seulement pour l'instant *** <input type="checkbox"/> Péri-trochantérienne (Tendinites, bursites)		
Coude <input type="checkbox"/> Épicondylite médiale <input type="checkbox"/> Épicondylite latérale	Genou <input type="checkbox"/> Articulation du genou (Arthrose, Baker, ménisque)		
Poignet <input type="checkbox"/> Tunnel carpien <input type="checkbox"/> Articulation radio-carpienne (arthrose)	Cheville <input type="checkbox"/> Articulation Talo-crurale (Arthrose, OCD, abuttement)		
Main <input type="checkbox"/> Gaine tendon fléchisseur doigt (Doigt gâchette) <input type="checkbox"/> Articulation 1 ^{er} CMC pouce (Rhizarthrose)	<input type="checkbox"/> Long abducteur et court extenseur du pouce (Ténosynovite de De Quervain)		

Rappel - s'assurer que le patient sera avisé des éléments suivants :

- L'évaluation du patient sera couverte / facturée à la RAMQ.
- Un frais de 50\$ sera chargé au patient. (Frais inhérents au volet non assuré du service : appareil d'échographie, fournitures requises d'échographie et honoraires du médecin liés à son utilisation).
- Viscosuppléance : le patient doit avoir le produit en main au moment du rendez-vous.

*** La prescription doit être remise au patient, et envoyée par télécopieur au 819-357-7926 ***

Nom médecin référent : _____ No de permis : _____

Signature : _____ Date : _____