



# Orthopedics Referral Form

Patient Information Label Area

## Referral Process

1. Complete the form below.
2. Inform the patient that **CHEO will contact them in 3 – 5 days** to setup an appointment time.
3. If applicable, **please provide the patient with any medical imaging** (unless on NEODIN), and instruct the patient that they are to bring all medical imaging to their apt at CHEO.
4. Fax this completed form to **613-738-4865**.

## Orthopedic Emergencies (24 x 7)

For all Orthopaedic Emergencies contact the On-Call Orthopaedic Resident by dialing **613-737-7600 ext. 0**

Examples of emergencies include: surgery questions and fractures requiring a reduction.

## Patient Information

## Referring Provider Information

Name		Hospital Name	
DOB (dd/mm/yyyy)		Referring Provider	
Phone #		Provider Billing #	
Address			

## Reason for Referral

**Fracture**

Date of injury: \_\_\_\_\_

Type of injury: \_\_\_\_\_

Location of injury: \_\_\_\_\_

Reduction performed?  Yes  No

Type of immobilization:  Splint  Cast  None

Telephone consult with CHEO:  Yes  No

Physician name: \_\_\_\_\_

**Scoliosis / Spine**

Cobb Angle: \_\_\_\_\_

All referrals must include a X-ray report indicating the Cobb angle measurement of the curve. Children who have not had spinal X-rays should be sent to CHEO for a 3 foot standing spine, AP film.

**Sports**

(ACL, shoulder instability, etc.)

FAI?  Yes  No

Joint Injured:

Shoulder  Hip

Knee  Ankle

Other: \_\_\_\_\_

Therapies tried:  Physio  Massage

Provisional Diagnosis (ACL tear, meniscus tear, etc.):

**DDH**

Positive risk factors:

Breech?  Yes  No

Family history?  Yes  No

Has imaging been ordered?  Yes  No

Physical exam findings:

**FAI / Hip Pain / Ortho**

Has imaging been ordered?  Yes  No

In-toeing  Out-toeing

Toe Walking

Details:

**Deformity**

Genu valgum  Genu varum

Leg length discrepancy

Outside film?  Yes  No

**Club Foot**

Previous treatment?  Yes  No



**Formulaire de référence au Service d'orthopédie**

Patient Information Label Area

**Procédure de la référence**

1. Veuillez remplir le formulaire ci-dessous.
2. Dites au patient que le CHEO l'appellera dans un délai de 3 à 5 jours pour lui fixer un rendez-vous.
3. S'il y a lieu, veuillez remettre au patient toutes ses imageries médicales (sauf s'il est inscrit au RIDNEO) en lui demandant d'apporter toutes ses imageries médicales à son rendez-vous au CHEO.
4. Télécopiez ce formulaire rempli au 613-738-4865.

**Urgences orthopédiques (en tout temps)**

En cas d'urgence orthopédique, appelez le résident de garde au Service d'orthopédie au 613-737-7600, poste 0.

Exemples d'urgence : questions au sujet d'une intervention chirurgicale ou fracture nécessitant une réduction.

**Renseignements sur le patient**

Nom du patient:		Nom de l'hôpital	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :		Fournisseur auteur de la référence	
N° de téléphone :		N° de facturation du fournisseur de soins	
Adresse :			

**Renseignements sur le fournisseur auteur de la référence**

<input type="checkbox"/> <b>Fracture</b>	Date de la blessure : _____ Type de blessure : _____ Endroit de la blessure : _____	Réduction effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type d'immobilisation : <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Plâtre <input type="checkbox"/> Aucune Consultation du CHEO par téléphone : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du médecin : _____
<input type="checkbox"/> <b>Scoliosis / Spine</b>	Angle de Cobb : _____	Veuillez joindre un rapport de radiographie indiquant l'angle de Cobb de chacune des courbures. Si l'enfant n'a pas subi de radiographie, envoyez-le au CHEO pour une radiographie de 3 pieds, film AP.
<input type="checkbox"/> <b>Sports</b> (LCA, instabilité de l'épaule, etc.)	CFA? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Articulation blessée : <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Autre : _____	Thérapies essayées : <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> Massage Diagnostique préalable (rupture de ligament, du ménisque, etc.) : _____
<input type="checkbox"/> <b>DDH</b>	Facteurs de risque positifs : Siège? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Antécédents familiaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Imagerie demandée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Résultats de l'examen physique : _____
<input type="checkbox"/> <b>CFA / Douleur dans la hanche / Ortho</b>	Imagerie demandée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pied en-dedans <input type="checkbox"/> Pied en-dehors <input type="checkbox"/> Marche sur la pointe des pieds	Détails: _____
<input type="checkbox"/> <b>Deformity</b>	<input type="checkbox"/> Genu valgum <input type="checkbox"/> Genu varum <input type="checkbox"/> Jambes de longueurs différentes	Film externe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Club Foot</b>	Traitement appliqué? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	