

Processus

1. Veuillez remplir le formulaire ci-dessous pour toute consultation pour **FRACTURES OU BLESSURES**. Il existe un formulaire distinct pour les autres préoccupations orthopédiques. Veuillez inclure autant de renseignements que possible. S'ils sont insuffisants, votre aiguillage sera refusé. N'hésitez pas à ajouter une lettre d'appui au formulaire. **Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.**
2. Informez le ou la patient(e) ou un membre de sa famille que le **CHEO l'appellera dans les 3 à 5 jours** pour planifier une heure de rendez-vous.
3. Une fois rempli, veuillez soumettre le formulaire par télécopieur au **613-738-4865**.

Le cas échéant, **veuillez remettre à votre patient(e) tout document d'imagerie médicale** (à moins qu'il provienne du RIDNEO ou du CNER) et lui suggérer de l'apporter à son prochain rendez-vous.

Urgences orthopédiques

En cas d'**urgence** orthopédique, composez le **613-737-7600, poste 0**, et demandez à parler au résident ou à la résidente de garde en orthopédie.

Exemples d'urgence :

- A) Avis sur des fractures nécessitant une réduction
- B) Avis sur des fractures nécessitant une chirurgie
- C) Autres urgences orthopédiques

****Il n'est PAS nécessaire d'aiguiller un(e) patient(e) ayant une fracture pour un suivi clinique de routine.**

VEUILLEZ PLACER L'ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION OU INSCRIRE LES RENSEIGNEMENTS DE MANIÈRE LISIBLE

*Nom		*Nom de l'hôpital à l'origine de l'aiguillage	
*Date de naissance (jj/mm/aaaa)		*Prestataire de soins traitant	
*Numéro de téléphone		*Numéro de facturation du prestataire de soins	
Adresse			

Motif de l'aiguillage

☐ Fracture *Fractures de la Main * Veuillez télécopier la demande de consultation à la Chirurgie Plastique Télécop: (613) 738-4245	*Date de la blessure : _____ *Os touchés : ☐ Colonne vertébrale ☐ Clavicule ☐ Humérus ☐ Radius/ulna ☐ Scaphoïde ☐ Pelvis ☐ Fémur ☐ Tibia/fibula ☐ Cheville ☐ Pied *Type de fracture : ☐ Avulsion ☐ En bois vert ☐ En motte de beurre ☐ Touche la lame/plaque épiphysaire ☐ Ne touche pas la lame/plaque épiphysaire ☐ Autre	*Emplacement : ☐ Droite ☐ Gauche *Mouvement de la fracture : ☐ Déplacée ☐ Non déplacée *Réduction effectuée? ☐ Oui ☐ Non *Type d'immobilisation : ☐ Aucune ☐ Attelle ☐ Botte de marche orthopédique ☐ Petit plâtre ☐ Long plâtre *Parler avec résident(e) de garde en Orthopédie ☐ Non ☐ Oui - Nom: _____
--	--	--

☐ Blessure aiguë *Les blessures aiguës aux épaules et les déchirures du ligament croisé antérieur nécessitent une IRM avant toute consultation	*Date de la blessure : _____ *Os/articulation touché : ☐ Cou/colonne cervicale ☐ Épaule ☐ Coude ☐ Hanche ☐ Genou ☐ Cheville *Type de blessure : ☐ Luxation ☐ Nouvelle blessure/déchirure ligamentaire ☐ Nouvelle déchirure du ménisque ☐ Instabilité rotulienne accompagnée d'une fracture/d'un corps libre ☐ Autre *Immobilisation : ☐ Aucune ☐ Écharpe ☐ Attelle ☐ Long plâtre ☐ Petit plâtre ☐ Botte de marche orthopédique ☐ Collet cervical ☐ Autre	*Emplacement : ☐ Droite ☐ Gauche
--	--	---