



Date: **Clinique de médecine sportive - Formulaire de recommandation**

**Médecin recommandant**

Nom \_\_\_\_\_ #Facture \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
# Téléphone \_\_\_\_\_ #Fax \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

**Patient**

Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
# Carte santé \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_ D.D.N. \_\_\_\_\_  
aaaa-mm-jj aaaa-mm-jj  
# Téléphone \_\_\_\_\_ Langue  Ang  Fr  Ang & Fr  
 CSPAAT  Accident avec moto/véhicule  Équipe universitaire

**Conditions mieux prises en charge ailleurs:**

✓ **Les patients présentant des douleurs du cou et du dos sans symptôme aux jambes ou aux bras.**

La gestion de la douleur du cou et dos ne nécessite pas une consultation auprès d'un spécialiste dans la mesure où elle implique : i) l'utilisation d'analgésiques au besoin (Tylenol, AINSs, relaxants musculaires), ii) une éducation sur le besoin de rester actif et d'être assuré qu'en dépit de la douleur, cette activité ne va pas nuire, iii) de la physiothérapie pour étirer et renforcer, iv) une éducation sur l'ergonomie. Plus d'information et de ressources, y compris une éducation des patients et des vidéos d'autogestion sont disponibles sur [http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/lower\\_back.aspx](http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/lower_back.aspx). Certains patients peuvent envisager un dépistage et un essai thérapeutique d'injections zygapophysaires ou des blocs de la branche médiale. Ces recommandations peuvent être envoyées au département de radiologie de l'Hôpital d'Ottawa, ou à l'Institut de la douleur orthopédique de Kingston.

✓ **Les patients présentant un syndrome de douleur chronique généralisée, comme la fibromyalgie.**

**Recommandation pour**

Où indiquer un fournisseur spécifique

Général/Médecine sportive  Chirurgie orthopédique  Physiatre/Médecine sportive  
 Dr. Valerie Hindle  Dr. Chris Raynor  Dr. Gerald Wolff  
 Dr. Gary Greenberg  Dr. Michael Pickell

**Détails**

**Priorité**  Urgent  Rendez-vous régulier **Date de la blessure** \_\_\_\_\_ **Activité/Sport concerné** \_\_\_\_\_

**Nature de la blessure**  Blessure sévère (<4 semaines)  Problème subaigu (durée de <6 mois)  État chronique (Voir conditions mieux prises en charge ailleurs pour connaître les exclusions.)

**Partie du corps**

Épaule/bras  Hanche/bassin  
 Coude/avant-bras  Genou/jambe  
 Poignet  Pied/cheville

**Colonne**

Cervicale  
 Thoracique  
 Lominaire

**Diagnostic**

Arthrite  
 Fracture  
 Blessure des tissus mous  
 Autre \_\_\_\_\_

**Imagerie**

Veillez noter qu'une imagerie médicale est exigée pour des recommandations pour l'ortho/médecine sportive. Par contre, elles ne sont pas obligatoires pour recommander des patients pour la médecine sportive générale ou la physiatrie. Si une imagerie médicale a déjà été faite, veuillez mentionner les résultats ci-dessous et les envoyer à nos bureaux.

Echographie  Radiographie  IRM  TDM  EMG  S/O

**Raison de la recommandation:** \* Veuillez joindre l'historique médical/chirurgical, la liste des médicaments et des allergies, au besoin.