

Programme régional d'arthroplasties de la hanche et du genou

Hôpital communautaire de Cornwall ■ Hôpital Montfort ■ Hôpital Queensway Carleton
Hôpital d'Ottawa ■ Hôpital régional de Pembroke

Demande de consultation pour une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou

Fax: 613-721-7889

DATE DU RÉFÉRÉ (AAAA/MM/JJ)

SERVICES EN FRANÇAIS

SERVICES EN ANGLAIS

Information du médecin traitant – estampe autorisée

Nom: _____

Spécialité: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télécopieur: _____

Numéro de facturation: _____

Signature: _____

Renseignements du médecin de famille (si différent)

Nom: _____

Téléphone: _____

Renseignement du patient – autocollant autorisé

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Date de naissance: _____

N° carte d'assurance-maladie: _____

Sexe: Homme Femme

Autres coordonnées: _____

Information clinique

Diagnostic

Hanche droite / gauche **Genou** droit / gauche

Ostéoarthrose Arthrite inflammatoire Arthrite post-traumatique

Déangement articulaire non diagnostiqué Autre: _____

Veillez joindre les rapports de radiographie existants de l'articulation touchée.

**Les patients devront apporter les radiographies des trois derniers
mois avec eux lors du rendez-vous.**

Nous recommandons les radiographies suivantes:

Hanche : Bassin AP, AP et latéral de la hanche symptomatique

Genou : AP debout des deux genoux,
latéral des deux genoux à 30° de
flexion, « Skyline » des deux
genoux, **Projection PA en flexion debout**

Veillez nous faire parvenir le rapport cumulatif du patient, la liste des médicaments et tout autre renseignement qui pourrait nous aider à effectuer notre examen.