



RÉFÉRENCE

médecin spécialisé en musculosquelettique.

CLINIQUE D'INFILTRATIONS & MÉDECINE SPORTIVE DIX30

Marie-Ève Roy, MD, CCMF (MSE), Dip. Sport Med

Identification du patient

Nom: _____

Tél: _____

Âge: _____

Identification du médecin

Nom: _____

Licence: _____

Signature: _____

Date: _____

PRÉ-REQUIS:

Le patient doit avoir tenté la **physiothérapie avec exercices** faits à la maison 4x/semaine durant 2 mois minimum (sauf dans le cas d'arthrose où l'infiltration est recommandée d'emblée).

Sites anatomiques atteints:

*Les échographies à des fins diagnostiques, les infiltrations sacro-iliaques, blocs facettaires et épidurales doivent être référés en radiologie ou physiothérapie.

- Gauche Droite **Genou**
- Gauche Droite **Épaule** (arthrodensive/bourse/gléno-humérale)
- Gauche Droite **Coude** (épicondyle latéral)
- Gauche Droite **Hanche** (coxo-fémorale/bursite trochantérienne)
- Gauche Droite **Chevilles**
- Gauche Droite **Doigt** (doigt gachette/arthrose/tendinopathie de Quervain)
- Gauche Droite **Orteil**
- Gauche Droite **Poignet** (tunnel carpien)
- Gauche Droite **Nerf occipital** (névralgie d'Arnold)

Impression clinique:

- Arthrose Tendinopathie Bursite
- Consultation post blessure aigüe < 2 semaines.
(Déchirure LCA, LCP, ménisque, tendinite calcifiante, capsulite)
- Autre(s): _____

Douleur présente depuis quand ?/renseignements cliniques: _____

Traitement(s) déjà tenté(s): (préciser lequel(s))

- Cortisone _____
- Viscosuppléance _____
- Combinaison viscosuppléance et cortisone _____
- PRP _____
- Avec Sans échographie
- Orthèse _____

N.B. Apporter les rapports RX/IRM/écho et autres rapports pertinents.
Pour le genou, SVP demander RX en mise en charge AP, LAT, skyline et Rosenberg.

Médicament(s): _____

** Si le patient est sous anticoagulant, indiquer s'il peut/doit être arrêté.

Antécédents pertinents: _____

Allergie(s): _____