



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: _____

RECOMMANDATION:

Nous suggérons de référer le patient en physiothérapie pour qu'il ait un programme d'exercices à faire 4x par semaine durant 4 à 6 semaines puisque les tendinopathies se résoudront par elles-mêmes dans la majorité des cas et ce, sans infiltration.

Sites anatomiques atteints:

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

- Gauche Droite **Genou** (syndrome fémoro-patellaire réfractaire/chondropathie déchirure méniscale/arthrose)
- Gauche Droite **Épaule** (arthrodysthésie/sous-acromiale/gléno-humérale/acromio-claviculaire)
- Gauche Droite **Coude** (épicondylarite latérale et médiale/arthrose)
- Gauche Droite **Hanche** (coxofémorale/bursite trochantérienne/meralgia paresthetica/sacro-iliaque)
- Gauche Droite **Cheville** (tendon d'Achille/entorse aigue (max 3jours) : Nouvelle indication sportvis)
- Gauche Droite **Doigt** (doigt gachette/arthrose/tendinopathie de Quervain)
- Gauche Droite **Orteil** (arthrose hallux/MTP/IP)
- Gauche Droite **Poignet** (tunnel carpien/arthrose/TFCC)
- Gauche Droite **Nerf occipital** (névralgie d'Arnold)
- Gauche Droite **Pied** (fasciite plantaire/tendon d'Achille (Sportvis recommandé)/arthrose)

Impression clinique:

- Arthrose Tendinopathie Bursite
- Consultation post blessure aigue < 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 _____
- PRP _____
- Avec Sans échographie
- Orthèse _____
- Physiothérapie _____

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 (DB,PAR,etc.): _____

Allergie(s): _____

RÉFÉRENCE
médecin spécialisé en musculosquelettique.