

## DEMANDE DE CONSULTATION EN MÉDECINE HYPERBARE

DATE \_\_\_\_\_

Télécopier la demande au **418 835-7285**

Téléphone réception médecine hyperbare : **418 835-7121, poste 3812**

Pour toute demande urgente (<48 h), veuillez contacter le médecin hyperbariste de garde

<b>Informations sur l'utilisateur :</b> <input type="checkbox"/> Usager hospitalisé Nom du CH : _____ No de chambre : _____ Téléphone pour confirmer RDV : _____ <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV	<b>Liste de médication de l'utilisateur :</b> (ou s'assurer que l'utilisateur l'ait en sa possession lors de son rendez-vous) _____ _____ _____
<b>Raison de consultation :</b> <input type="checkbox"/> Prévention d'ostéoradionécrose <input type="checkbox"/> Ostéoradionécrose <input type="checkbox"/> Radionécrose des tissus mous <input type="checkbox"/> Cystite radique <input type="checkbox"/> Colite ou rectite radique <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ostéomyélite chronique réfractaire <input type="checkbox"/> Plaie chronique avec processus de guérison compromis <input type="checkbox"/> Évaluation post-accident de décompression <input type="checkbox"/> Évaluation aptitude médicale à la plongée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Antécédents pertinents :</b> <input type="checkbox"/> Voir résumé de dossier ci-joint <input type="checkbox"/> Néoplasie • année : _____ • traitement : _____ <input type="checkbox"/> Radiothérapie • année : _____ dose reçue : _____ grays (Gy) <input type="checkbox"/> Trachéostomisé <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> MCAS <input type="checkbox"/> Pacemaker, modèle : _____ <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque, fraction d'éjection : _____
<b>Renseignements cliniques (joindre résumé de dossier et rapports d'imagerie médicale ou autres examens) :</b> _____ _____ _____	
<b>Rapport de consultation à retourner à :</b> Nom du référant : _____ Centre : _____ No téléphone : _____	<b>Signature du médecin ou dentiste référant :</b> _____ Date : _____
<b>Espace réservé au Service de médecine hyperbare</b>	
Priorisation de la requête de consultation : <input type="checkbox"/> Urgent (< 7 jours) <input type="checkbox"/> Semi-urgent (< 2 sem.) <input type="checkbox"/> Électif	
<b>Signature du médecin hyperbariste : _____ Date : _____</b>	

SERVICE DE MÉDECINE HYPERBARE

