

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMR40090

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 NAM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

**PHYSIOTHÉRAPIE - DEMANDE DE CONSULTATION - CLIENTÈLE ADULTE HOSPITALISÉE**

Légende : \* = informations obligatoires à fournir, PEC = prise en charge, a/n = au niveau de

\*RÉFÉRENT (prénom et nom) : \_\_\_\_\_  Médecin  Infirmière  Autre : \_\_\_\_\_

\*DIAGNOSTIC MÉDICAL ET MOTIF DE RÉFÉRENCE - \*Cocher l'option A ou B, et fournir les informations demandées.

Médecin / IPS

**OPTION A** - PEC spécifique pour nouvelle atteinte ou exacerbation d'une condition connue.

\*Diagnostic médical : \_\_\_\_\_

(Pour permettre la PEC par un T. phys., diagnostic non limité aux symptômes et, s'il y a lieu, structure anatomique atteinte précisée.)

\*Motif de référence : Priorité 1 \_\_\_\_\_ Priorité 2 \_\_\_\_\_

- Atteinte respiratoire aiguë / ↓ capacité de gestion des sécrétions  Autre atteinte avec impact réel ou potentiel d'entrave à la mobilité ET au congé
- AVC (prise en charge précoce)
- PTH  PTG  PTE Préciser : \_\_\_\_\_

\*Informations à compléter par les médecins pour les atteintes musculosquelettiques / orthopédiques :

Déficiences et incapacités physiques pour lesquelles une intervention en physio est souhaitée

- ↓ amplitude articulaire a/n \_\_\_\_\_  ↓ capacités fonctionnelles (ex. transferts, marche, escaliers)
- ↓ force musculaire a/n \_\_\_\_\_  ↓ équilibre
- Œdème a/n \_\_\_\_\_  Autre(s) : \_\_\_\_\_

Restriction de la mise en charge :  Non  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_

Contre-indications :  Non  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_

Progression souhaitée / indication(s) :  Suivre protocole ortho HMR  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

\*ÉTAPES À RÉALISER AVANT TOUTE DEMANDE POUR L'OPTION B

- Évaluation brève de la mobilité effectuée par l'infirmière  Interventions mises en place par l'équipe de soins

Médecin, infirmière ou autre

**OPTION B** - PEC fonctionnelle pour récupérer les capacités perdues si impact réel ou potentiel d'entrave au congé.

N. B. La perte d'autonomie doit découler de problèmes de santé connus et contrôlés.

\*Diagnostics médicaux liés à la perte d'autonomie :

- Trouble de la mobilité :  origine multifactorielle ou  secondaire à \_\_\_\_\_
- Déconditionnement :  origine multifactorielle ou  secondaire à \_\_\_\_\_
- Autre(s) : \_\_\_\_\_

Si référent autre que md, préciser la source des dx médicaux (date, par qui, où) : \_\_\_\_\_

\*Signature et titre du référent : \_\_\_\_\_ # Permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Réponse du professionnel : Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

PEC  Non PEC (justification) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  pht  T. phys. # Permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES