

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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



Hôpital Santa Cabrini



HSC40090

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