

« Spine center »

Formulaire d'adressage pour médecin

A transmettre à contact.spine@chpg.mc

via votre boîte mail sécurisée (Medimail ou BlueFiles)



Date :

Nom du médecin demandeur :

Nom du patient :

Prénom du patient :

Nom de naissance :

Tél :

Date de naissance :

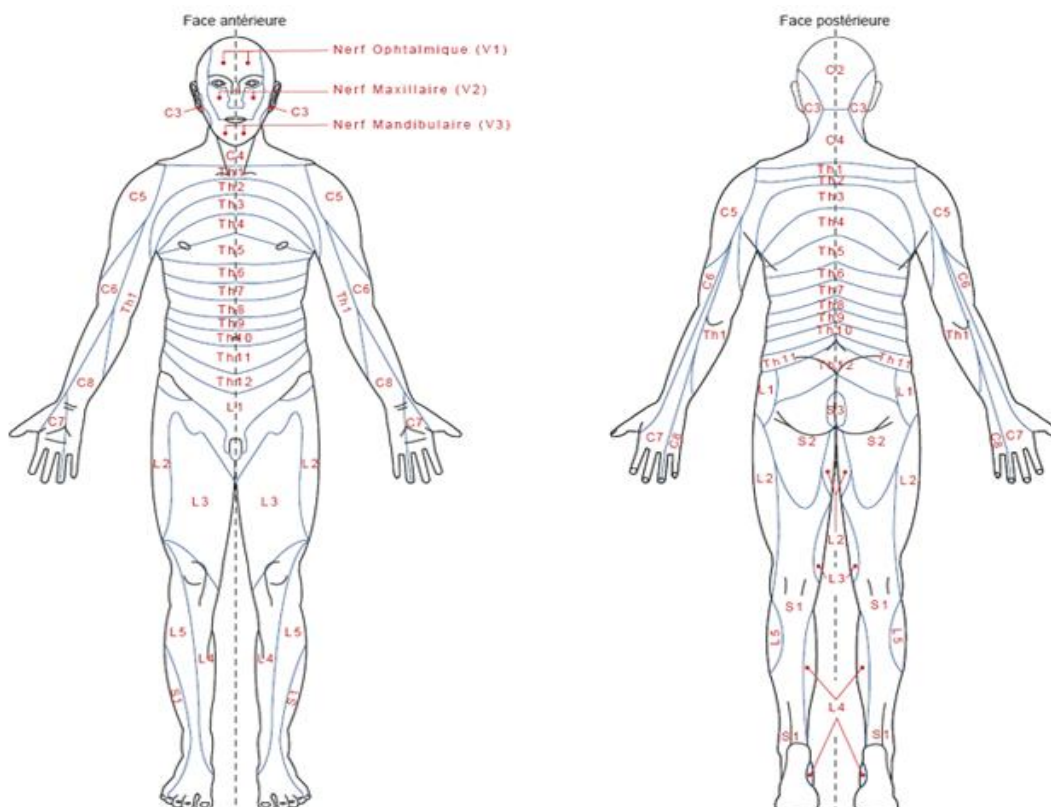
DOULEURS :

Lombaires → EVA =

Cervicales → EVA =

Radiculaires → EVA =

Merci de préciser le territoire douloureux (dans le menu déroulant ou sur le schéma ci-dessous) :



DUREE D'EVOLUTION DES SYMPTOMES :

SIGNES URGENTS NECESSITANT UN AVIS SPECIALISE RAPIDE :

Déficit neuromoteur

- Cotation du déficit :
- Localisation du déficit :

Membre supérieur	Membre inférieur
Abduction du bras (C5)	Flexion de la hanche (L2)
Flexion du coude (C6)	Extension du genou (L3)
Extension du coude (C7)	Dorsiflexion de cheville (L4)
Flexion du majeur (C8)	Extension du 1er orteil (L5)
Abduction du 5ème doigt (T1)	Flexion plantaire de cheville (S1)

Troubles sphinctériens

EXAMEN(S) PARACLINIQUE(S) REALISE(S):

IRM → Date :

TDM → Date :

EMG → Date :

Radiographies → Date :

→ **Image(s) ou compte(s)-rendu(s) à joindre IMPERATIVEMENT à cette demande**

TRAITEMENT(S) DEJA REALISE(S)

Kinésithérapie

Infiltration sous scanner

Chirurgie

Partie réservée aux médecins et au secrétariat du Spine Center

Signes d'urgence :

Non

Oui → **Appel chirurgical**

Staff pluridisciplinaire

→ Suite à donner :

HDJ « Spine center »

Consultation chirurgicale

Consultation de rhumatologie

Consultation de médecine physique et réadaptation