

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

SERVICE DE MÉDECINE HYPERBARE

