

**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

Informations sur l'usager : <input type="checkbox"/> Usager hospitalisé Nom du CH : _____ <input type="checkbox"/> No de chambre : _____ <input type="checkbox"/> Téléphone pour confirmer RDV : _____ <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> ERV	Liste de médication de l'usager : (ou s'assurer que l'usager l'a en sa possession lors de son rendez-vous) _____ _____ _____
Raison de consultation : <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 : _____	Antécédents pertinents : <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 : _____
Renseignements cliniques (joindre résumé de dossier et rapports d'imagerie médicale ou autres examens) : _____ _____ _____	
Rapport de consultation à retourner à : Nom du référent : _____ Centre : _____ No téléphone : _____	Signature du médecin ou dentiste référant : _____ Date : _____
Espace réservé au Service de médecine hyperbare	
Priorisation de la requête de consultation : <input type="checkbox"/> Urgent (< 7 jours) <input type="checkbox"/> Semi-urgent (< 2 sem.) <input type="checkbox"/> Électif	
Signature du médecin hyperbariste : _____ Date : _____	

SERVICE DE MÉDECINE HYPERBARE

