

**Demande d'avis téléphonique
Traitement de la douleur chronique
Boîte vocale : 514-890-8000 p. 16802
Numéro de fax : 514-412-7041**

N. B. Les messages laissés sur la boîte vocale sont écoutés 1 fois par jour. Il en est de même pour les fax qui sont récupérés 1 fois par jour.

N. B. Deux médecins spécialistes participent à ce projet. Les téléconsultations ont lieu les mardis AM (de 8 h 30 à 11 h 30) et les mercredis PM (de 13 h à 16 h).

Identification du médecin requérant ou de l'IPS Date : _____

Prénom, Nom : _____ **No pratique** _____

Adresse courriel : _____ (pour l'envoi de 2 questionnaires d'évaluation après l'appel)

Adresse : _____

Téléphone : _____

Prénom et nom de la personne à contacter pour fixer le RDV téléphonique : _____

Numéro de téléphone à contacter pour fixer le RDV (si différent de celui-ci dessus): _____

(NB : Les informations ci-dessus vont demeurer confidentielles)

Motif de l'appel (cocher A ou B)

A – Renseignement concernant un médicament, une intervention ou une pathologie :

Dans ce cas, vous n'avez pas à compléter la suite de ce formulaire. SVP, faxez le formulaire au numéro suivant : 514-412-7041

Nous communiquerons avec vous pour fixer la date et l'heure du rendez-vous téléphonique.

B – Avis téléphonique concernant un patient :

Dans ce cas, vous devez remplir ce formulaire. Les informations sont nécessaires pour permettre l'ouverture d'un dossier. SVP, faxez le formulaire au numéro suivant : 514-412-7041

Nous communiquerons avec vous pour fixer la date et l'heure du rendez-vous téléphonique.

Un consentement a été obtenu de la part du patient pour autoriser l'obtention d'un avis téléphonique. À titre d'exemple, vous trouverez un formulaire à cet effet sur le site web ou avec l'envoi par fax que vous pourrez garder au dossier du patient.

Identification du patient – Ces informations sont nécessaires pour des raisons médico-légales

Prénom et nom à la naissance : _____ Date de naissance : _____

Numéro d'Assurance-maladie : _____ Expiration : _____
année mois

Adresse complète : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Télécopieur : _____

Nationalité : _____ Lieu de naissance : _____

État civil : _____ Nom, Prénom (père) : _____

Nom, Prénom (mère) : _____

Coordonnées du (de la) conjoint(e) :

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Télécopieur : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Diagnostic du patient : _____

Raison de l'avis téléphonique : _____

Autres antécédents

Médicaux Ulcère gastrique Diabète Insuffisance rénale Cancer

Autre : _____

Chirurgicaux : _____

Psychiatriques : Dépression Abus d'alcool, de médicament, d'autres substances, et/ou tabagisme

Autres conditions causant une douleur chronique : _____

Éléments pertinents à l'examen physique : _____

Médication actuelle et dosage _____

Prise de cortisone per os : _____

Prise d'anticoagulant : _____

Médication déjà tentée : _____

Allergie : _____

SVP. inclure

- ✓ **Rapports de consultation**
- ✓ **Examens paracliniques**
- ✓ **Rapports d'imagerie**
- ✓ **Toutes informations pertinentes à cet avis**

Toute demande incomplète sera retournée

Lors de l'appel téléphonique, vous devez avoir en main le dossier du patient pour répondre aux questions portant sur les antécédents, l'histoire médicale, l'examen physique et les résultats d'investigation et de consultation pertinente.

L'accès téléphonique n'est pas un service d'urgence en douleur chronique. Si votre patient nécessite éventuellement une consultation en clinique de la douleur, il sera priorisé selon les critères déjà établis à cet effet.

L'avis téléphonique ne constitue pas une consultation médicale. En tant que médecin traitant, vous aurez à décider du plan de traitement que vous jugerez approprié pour votre patient, et ce, quelles que soient les suggestions qui auront été faites pour ce dernier durant l'avis téléphonique. De plus, c'est à vous que revient de poursuivre la prise en charge de celui-ci.

N. B. VEUILLEZ CONSERVER CE DOCUMENT AU DOSSIER DU PATIENT

Signature du médecin traitant ou de l'IPS

Date