Élie Karam,MD
Médecine Sportive

Nettoyer le formulaire

Formulaire de Référence - Médecine Sportive

Patient

Prénom :
Nom :
Date de naissance (AAAA/MM/JJ):
Numéro d'assurance maladie
Téléphone :
Courriel :

Professionnel Référent

Prénom :
Nom :
Téléphone:
Courriel :

Objectifs de la Référence

- ☐ Diagnostic et évaluation approfondie
- ☐ Plan de traitement personnalisé
- ☐ Recommandation pour la réhabilitation ou l'activité physique
- ☐ Suivi pour athlètes ou sportifs
- ☐ Injection thérapeutique (Acide Hyaluronique, corticostéroïdes, etc.)

Site / Pathologie

Membre Supérieur

- ☐ Capsulite rétractile
- ☐ Arthrose gléno-humérale
- ☐ Bursite sous-acromiale
- ☐ Tendinopathie de la coiffe des rotateurs
- ☐ Tendinite longue portion du biceps
- ☐ Arthrose acromio-claviculaire
- ☐ Trapèze Trigger points
- ☐ Épicondylite latérale ou médiale du coude
- ☐ Rhizarthrose
- ☐ Doigt gachette
- ☐ Ténosynovite de De Quervain
- ☐ Syndrome du Canal Carpien

Membre Inférieur

- ☐ Coxarthrose
- ☐ Gonarthrose
- ☐ Syndrome douloureux du grand trochanter
- ☐ Arthrose et/ou dysfonction sacro-iliaque
- ☐ Arthrose et/ou entorse de cheville
- ☐ Fascite plantaire

Imagerie faite

- ☐ IRM
- ☐ Échographie
- ☐ Rayons X
- ☐ Tomodensitométrie

Commentaires

Veuillez choisir la clinique où le patient sera référé :

La Cité Médicale - Montréal

○ 3500, boul. de Maisonneuve Ouest,
Bureau 1520, Westmount,
Québec, H3Z 3C1
Télécopieur : 514-788-1983

Clinique Beauharnois en santé

○ 400, boulevard de Melocheville,
Bureau 1, Beauharnois,
Québec, J6N 0M6
Télécopieur : 450-395-3993

https://dreliekaram.com/