



**FAX 1-800-413-7081 TEL 1-800-413-8090**  
**WWW.CHAMPLAINSURGICALSOLUTIONS.CA**

**ORTHOPEDIC CONSULTATION AND SURGERY REFERRAL FORM/  
 FORMLAIRE D'AIGUILLAGE POUR CONSULTATION ET CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE**

**PT NAME/ NOM DU PATIENT:** \_\_\_\_\_  
**DOB/DDN:** \_\_\_\_\_  
**ADDRESS/ADRESSE:** \_\_\_\_\_  
**RAMQ:** \_\_\_\_\_  
**TEL/ TÉL#:** \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN'S NAME:/ NOM DU MÉDECIN:** \_\_\_\_\_ **LICENCE/PERMIS #:** \_\_\_\_\_  
**PHYSICIAN'S SIGNATURE:/ SIGNATURE DU MÉDECIN:** \_\_\_\_\_ **FAX#:** \_\_\_\_\_ **TEL/TÉL#:** \_\_\_\_\_  
**ADDRESS/ADRESSE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**Diagnosis:**

<input type="checkbox"/> Knee - torn meniscus/Genou - déchirure du ménisque	<input type="checkbox"/> Hallux valgus-rigidus (bunion)/ Hallux valgus-rigidus (oignon)
<input type="checkbox"/> Knee - Baker's cyst/ Genou - kyste de Baker	<input type="checkbox"/> Hammer toe/orteil en marteau
<input type="checkbox"/> Knee - ACL tear/ Genou - rupture du LCA	<input type="checkbox"/> * Implanted hardware (plates, screws, pins, wires, etc.)/ Dispositif implanté (plaques, vis, broches et fils)
<input type="checkbox"/> Shoulder - Rotator cuff tear/ Épaule - déchirure de la coiffe	<input type="checkbox"/> * Bursitis - Chronic severe inflammation of the bursa/ Bursite - Inflammation chronique de la bourse
<input type="checkbox"/> Shoulder - labral tear/ Épaule - déchirure du labrum	
<input type="checkbox"/> Hip - labral tear/ Hanche - déchirure du labrum	<b>* Body Part/Partie du Corps:</b>
<input type="checkbox"/> Hip - severe osteoarthritis (OA)/ Hanche - arthrose sévère	<input type="checkbox"/> Foot and ankle/ Pied et cheville
<input type="checkbox"/> Wrist - carpal tunnel syndrome/ Poignet - syndrome du canal carpien	<input type="checkbox"/> Knee/Genou
<input type="checkbox"/> Ankle - torn cartilage, bone chips, ligament damage/ Cheville - déchirement du cartilage, os morcelé, dommages des ligaments	<input type="checkbox"/> Hip/Hanche
	<input type="checkbox"/> Spine/Colonne vertébrale
	<input type="checkbox"/> Shoulder/Épaule
	<input type="checkbox"/> Elbow/Coude
	<input type="checkbox"/> Hand and Wrist/ Main et poignet

**Clinical Information/ Renseignements cliniques**  
*(Please include information about the patient's past medical history, medications and allergies./ Veuillez inclure toute information concernant l'histoire médicale, médicaments et allergies du patient)*

**Diagnostic Imaging Requirement/ Imagerie diagnostique requis**  
 (\*Please order the required DI prior for consultation and forward results/ Merci de commander séparément le ID correspondant et acheminer les résultats requis)

Knee - torn meniscus/ Genou - déchirure du ménisque	➔ MRI/IRM
Knee - Baker's cyst/ Genou - Kyrste de Baker	➔ MRI/IRM
Knee - ACL tear/ Genou - rupture du LCA	➔ MRI/IRM
Shoulder - Rotator cuff tear/ Épaule - déchirure de la coiffe	➔ MRI/IRM
Shoulder - labral tear/ Épaule - déchirure du labrum	➔ MRI & or arthrogram by CT/IRM et ou arthrographie
Hip - labral tear/ Hanche - déchirure du labrum	➔ XR & MRI/ RX et IRM
Wrist - carpal tunnel syndrome/ Poignet - syndrome du canal carpien	➔ EMG, nerve conduction/ EMG. Conduction nerveuse
Hip - severe osteoarthritis (OA)/ Hanche - arthrose sévère	➔ XR & or MRI/ RX et ou IRM
Ankle - (torn cartilage, bone chips, ligament damage)/ Cheville - (déchirement du cartilage, os morcelé, dommages des ligaments)	➔ XR & or MRI/ RX et ou IRM
Hallux valgus-rigidus (bunion)/ Hallux valgus-rigidus (oignon)	➔ XR/RX
Hammer toe/ Orteil en marteau	➔ XR/RX
Implanted hardware/ Dispositif implanté	➔ XR & operative report/ RX et rapport de chirurgie
Bursitis/ Bursite	➔ MRI/IRM

Patient is aware that they are being referred to a private clinic and will be required to pay for services./ Patient est conscient qu'il a été référé à une clinique privée et qu'il doit payer pour les services.  
**(Some services are partially covered by RAMQ/  
 Certains services sont partiellement couverts par le RAMQ)**

**\*MRI & CT Scanning services provided by CSS - Appointments available 1-2 weeks. Please fax CSS CT Scanning or MRI requisition to 1-800-413-7081/. Services de tomographie et d'IRM offerts par CSS - Rendez-vous disponibles en 1 à 2 semaines. Veuillez envoyer le formulaire de réquisition de tomographie or d'IRM par télécopieur au 1-800-413-7081.**