

DEMANDE DE CONSULTATION - CENTRE PRIVE DE PROCTOLOGIE ET DU PLANCHER PELVIEN
REFERRAL - PRIVATE PROCTOLOGY AND PELVIC FLOOR CENTER

PATIENT	PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER
Nom / Last name _____ Prenom / First name _____ Date de naissance / DOB AAAA / MM / JJ _____ No assurance maladie / Health ins. no. _____ Telephone (obligatoire) / Phone (required) _____	Nom / Name _____ No de permis / Permit no. _____ Telephone _____ Telecopieur / Fax _____ Signature _____ Date AAAA / MM / JJ _____ Courriel / Email _____ <i>Timbre / Stamp</i>

PRIORITE / PRIORITY ☐ Urgent ☐ Regulier / Routine
 RAPPORT A / REPORT TO ☐ Fax ☐ DME / EMR _____

MOTIF DE CONSULTATION / REASON FOR REFERRAL
cocher tout ce qui s'applique / tick all that apply

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Hemorroides internes / Internal haemorrhoids
☐ Hemorroides externes / External haemorrhoids
☐ Hemorroïde thrombosee / Thrombosed haemorrhoid
☐ Fissure anale / Anal fissure
☐ Fistule ou abcès perianal / Perianal fistula or abscess
☐ Maladie pilonidale / Pilonidal disease | ☐ Condylomes anaux / Anal condyloma
☐ Prurit anal / Pruritus ani
☐ Sténose anale / Anal stenosis
☐ Maladie de Crohn perianale / Perianal Crohn disease
☐ Incontinence fécale / Faecal incontinence
☐ Anisme, dyssynergie / Anismus, dyssynergia | ☐ Coloscopie - dépistage / Colonoscopy - screening
☐ Coloscopie - suivi / Colonoscopy - follow-up
☐ Coloscopie - symptômes / Colonoscopy - symptoms |
|---|--|--|

Autre, préciser / Other, specify : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / CLINICAL INFORMATION
exige par la loi / required by law

RENSEIGNEMENTS FACULTATIFS / OPTIONAL INFORMATION

Traitements essayés / Treatments tried :
 ☐ Fibres, laxatifs / Fibre, laxatives
 ☐ Crème ou suppositoire / Topical treatment
☐ Ligature élastique / Rubber band ligation
 ☐ Physiothérapie périnéale / Pelvic floor physio
☐ Chirurgie anorectale / Anorectal surgery

Si incontinence / If incontinence :
 Fuites de / Leakage of :
☐ Gaz / Gas
☐ Selles liquides / Liquid stool
☐ Selles solides / Solid stool
 Fréquence / Frequency :
☐ < 1 par semaine / < 1 per week
☐ 1 ou + par semaine / 1+ per week
☐ Quotidienne / Daily

Dernière coloscopie / Last colonoscopy :
☐ Jamais / Never
 Date AAAA / MM _____
 Résultat / Result : _____

Antécédents / History :
☐ MII (Crohn, colite) / IBD
☐ Diabète / Diabetes
☐ Radiothérapie pelvienne / Pelvic radiation
☐ Déchirure obstétricale / Obstetric tear

Accouchements vaginaux (nombre) / Vaginal deliveries (number) : _____
 Autres / Other : _____

Anticoagulant ou antiplaquettaire / Anticoagulant or antiplatelet :
☐ Non / No
☐ Oui / Yes
 Lequel / Which : _____

Autres médicaments, allergies / Other medication, allergies : _____

Question pour le chirurgien / Question for the surgeon _____

Nous communiquons avec le patient pour fixer la consultation, au 1538, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1000. / We contact the patient to book the consultation at 1538 Sherbrooke Street West, Suite 1000.