



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

- HME MCH
 HNM MNH
 HGM MGH
 ITM MCI
 HRV RVH
 CL LC



FAX: MGH 514-934-8394
MNH 514-398-2304 (neurosurgery)

Request for Spine Clinic consultation

- Internal Consultation
 External Consultation
 CSST
 SAAQ

PLEASE STAMP MEDICAL CARD OR HOSPITAL CARD (for MUHC internal users)
FOR DEMOGRAPHICS

Last name _____
 First Name _____
 Gender F M
 Date of birth (YYYY / MM / DD) _____ Age _____
 Address _____
 Tel. : (home) _____
 RAMQ no. _____

Tel (work/cell): _____ E-mail: _____

Please note that your patient may be seen by one of our spine surgeons, physiotherapists, physiatrists, or family physicians depending on the outcome of the triage process.

REFERRAL FOR: Cervical spine Thoracic spine Lumbar spine second Opinion
Duration: less than 6 weeks between 6 and 12 weeks more than 12 weeks (please specify) _____
Severity: interferes with work interferes with home life interferes with sports/leisure activities

PRESENTING SIGNS & SYMPTOMS (please check all that apply):

Weakness R L

improving
 stable
 worsening
 Spasticity

Numbness /tingling R L

improving
 stable
 worsening

Pain Front Back R L R

improving
 stable
 worsening

If patient presents any of these please send patient to the MGH ER

RED FLAGS none

bowel / bladder change (sudden sphincter dysfunction)
 severe trauma
 progressive paraparesis/quadruparesis/neurology

unexplained weight loss, fever, chills
 saddle anesthesia without bowel/bladder change
 acute pain not eased by recumbent position
 incremental non-relenting pain

If any of these are present, please page Ortho-Spine Resident at (514) 934 1934 ext. 53333

INVESTIGATIONS Please indicate investigations done and forward results with referral*. Performed at MUHC

X-ray CT MRI bone scan EMG Other: _____

TREATMENT TO DATE:

NSAIDs _____ months physiotherapy times: _____
 opioids _____ months injections specify: _____
 neuropathic _____ months pain clinic times: _____ other _____

PMHx (please check all that apply)

spine deformity/scoliosis previous spine surgery cancer inflammatory arthritis osteoporosis

COMMENTS: _____ OSWESTRY score: _____ /100%
 Yellow flag score: _____ /9

REFERRING PHYSICIAN Name _____ Fax _____
 License # _____ email _____
 Specialty _____ Signature _____
 Tel. _____ Date _____

*Please note that all medical records/history must be faxed/mailed prior to scheduled appt. All films must be couriered or brought by patient for scheduled appt. MUHC tests are available on the PAC systems for these no CD is necessary.

Please inform your patient that if these are not available, the appt. will be rescheduled.



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

- HME MCH HGM MGH HRV RVH
 HNM MNH ITM MCI CL LC



FAX: HGM 514-934-8394
HNM 514-398-2304 (neurochirurgie)

Demande de consultation pour la Clinique du rachis

- Consultation externe CSST
 Consultation interne SAAQ

VEUILLEZ ESTAMPILLER LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE/DE L'HÔPITAL CUSM POUR DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Nom de famille _____

Prénom _____

Sexe F M

Date de naissance (AAAA / MM / JJ) Âge _____

Adresse _____

Tél. rés. _____

N° RAMQ _____

Tél (travail/cell.) _____ Courriel: _____

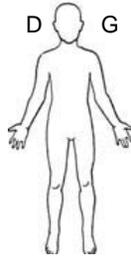
Veillez noter qu'il se peut que votre patient(e) consulte un de nos chirurgiens du rachis, physiothérapeute, un physiatre ou un médecin de famille dépendant du résultat du processus de triage.

- OBJET DE LA CONSULTATION:** Colonne cervicale Colonne thoracique Colonne lombaire Deuxième opinion
- Durée:** moins de 6 sem. entre 6 et 12 sem. Plus de 12 sem. (veuillez préciser) _____
- Sévérité:** gêne le travail gêne leur vie de famille gêne les activités sportifs/loisirs

SIGNES ET SYMPTÔMES (cochez toutes les réponses pertinentes):

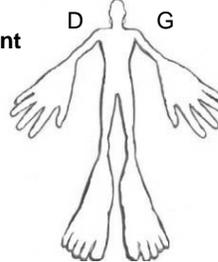
Faiblesse

- amélioration
 stabilité
 aggravation



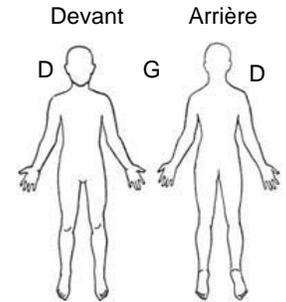
Engourdissement

- amélioration
 stabilité
 aggravation



Douleur

- amélioration
 stabilité
 aggravation



Spasticité

ALERTES aucune

- changements dans la fonction intestinale/vésicale (dysfonction subite des sphincters)
 traumatisme grave
 paraparésie/quadruparésie/atteintes neurologiques

Si les symptômes suivants sont présents, référer le patient à l'Urgence de l'HGM

- perte de poids inexplicée, fièvre, frissons
 anesthésie en selle sans changement dans la fonction intestinale/vésicale
 douleur aiguë non soulagée en position couchée
 douleur constante

Si les symptômes suivants sont présents, appeler le résident en orthopédie du rachis sur son téléavertisseur au (514) 934 1934 ext. 53333

EXAMENS Veuillez indiquer tous les examens subis et faire suivre les résultats avec la demande de consultation* Remplir à CUSM

- radiographie TDM IRM scintigraphie osseuse EMG Autre: _____

MÉDICAMENTS / TRAITEMENTS ADMINISTRÉS À CE JOUR :

- AINS _____ mois physiothérapie fois: _____
 opioïdes _____ mois injections préciser: _____
 neuropathiques _____ mois clinique de la douleur fois: _____ autre _____

ANTÉCÉDENTS (cochez toutes les réponses pertinentes):

- déformation de la colonne / scoliose chirurgie à la colonne vertébrale cancer arthrite inflammatoire ostéoporose

BRÈVE DESCRIPTION _____ OSWESTRY: _____/100%
_____ alerte jaune : _____/9

MÉDECIN TRAITANT

Estampiller ou compléter

Nom _____ Téléc. _____

N° de permis _____ Courriel _____

Spécialité _____ Signature _____

Tél. _____ Date _____

*Veillez noter que tous les dossiers médicaux et les antécédents doivent avoir été envoyés par télécopie ou par courrier avant la date du rendez-vous. Tous les films doivent être livrés par messagerie ou apportés par le patient lors du rendez-vous. Les résultats d'analyse produits par le CUSM peuvent être consultés sur le système PAC (pas besoin de CD). **Veillez informer votre patient que si les pièces demandées ne peuvent être fournies, le rendez-vous devra être reporté.**