

# Centre d'Interventions Spinales

1600, boul. St-Martin Est  
Tour «A» - Bureau 500  
Laval (Québec) H7G 4R8  
Tél. : 450 669-2913

## SERVICES PRIVÉS

Faire parvenir votre  
demande par fax  
**450 669-1350**  
ou par courriel  
**cis@bellnet.ca**

Pour toute infiltration,  
envoyer copie des  
rapports RX, CT-Scan  
et/ou IRM, EMG

Nom: _____	Prénom: _____
Adresse: _____	Téléphone: _____
_____	_____
_____	_____

Renseignements cliniques: _____	Médecin référant: _____ <small>(lettres moulées ou estampe)</small>
_____	Adresse: _____
_____	N° pratique: _____ Date: _____
_____	Signature: _____

### CONSULTATION EN PHYSIATRIE

#### ÉVALUATION SPÉCIALISÉE ET INFILTRATIONS SOUS FLUOROSCOPIE

CHOISIR LA TECHNIQUE LA PLUS APPROPRIÉE

ÉPIDURALE

Caudale

Interlaminaire Niveau: \_\_\_\_\_

Foraminale Niveau radiculaire

Gauche

Droite

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFILTRATIONS FACETTAIRES

Bloc facettaire

Bloc de branche médiane postérieure (Double bloc)

Niveau intervertébral

Gauche

Droite

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ARTICULATION

\_\_\_\_\_

Gauche

Droite

INFILTRATION INTRADISCALE

OZONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRP

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MANOMÉTRIE ET PROVOCATION DISCALE

\_\_\_\_\_

INFILTRATION PRP ARTICULAIRE

\_\_\_\_\_

Gauche

Droite

RHIZOTOMIE FACETTAIRE PAR THERMOLÉSION

\_\_\_\_\_

Gauche

Droite

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RHIZOTOMIE SACRO-ILIAQUE PAR THERMOLÉSION

Gauche

Droite