

Centre d'Interventions Spinales

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

Tél. : **450 669-2913**

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 R :	_____
T :	_____
C :	_____

Renseignements cliniques : _____

Médecin référant : _____
(lettres moulées ou estampe)

Adresse : _____

N° pratique : _____ Date : _____

Signature : _____

CENTRE DE TRAITEMENT SOUS SCOPIE - Consultation et

CHOISIR LA TECHNIQUE LA PLUS APPROPRIÉE

ÉPIDURALE SOUS FLUOROSCOPIE

Caudale

Interlaminaire Niveau: _____

Foraminale Niveau radiculaire Gauche Droite

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFILTRATIONS FACETTAIRES SOUS FLUOROSCOPIE

Bloc facettaire

Bloc de branche médiane postérieure (Double bloc)

Niveau intervertébral	Gauche	Droite
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARTICULATION SACRO-ILIAQUE Gauche Droite

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------