

# Institut de Physiatrie du Québec

2049, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2K 1C1

Tél. : **514 527-4155**

**www.physiatrieipq.com**

## Physiatres

Yves Bergeron MD, FRCPC, FACP  
Claude Bouthillier MD, FRCPC  
Mathieu B.-Revéret MD, FRCPC  
Isabelle Denis MD, BSc., FRCPC  
Julie Dubé MD, FRCPC, FACP  
Marc Filiatrault MD, FRCPC  
Luc Fortin MD, MSc., FRCPC  
Richard Lambert MD, FRCPC  
Marie-Ève Levasseur, MD, FRCPC, BSc.  
Elisabeth Ling MD, FRCPC  
Dien Hung Luong MD, FRCPC, BSc.  
Johan Michaud MD, BSc., FRCPC  
Marcel Morand MD  
Michel Pelletier MD, FRCPC  
Denis Raymond MD, FRCPC, FACP

## Consultants

Patrick G.Harris MD, FRCSC,  
Chirurgie de la main  
Johanne Jobin MD, FRCPC,  
Anesthésiologiste  
Daniel Shedid MD, MSc., FRCSC,  
Neurochirurgien

## Formulaire sur demande pour :

Provocation discale

Thermolésion

TransDiscal™, IDET™

Coblation, SInergy™

## Faire parvenir votre demande par fax

**514 598-9963**

ou par courriel

**fax@physiatrieipq.ca**

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

Nom: _____	Prénom: _____
Adresse: _____	Téléphone R: _____
_____	T: _____
_____	C: _____
<input type="checkbox"/> CSST	<input type="checkbox"/> SAAQ

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

CONSULTATION et  EMG  
 PHYSIOTHÉRAPIE (65 ans et plus)

CONSULTATION en  Physiatrie  
 Neurochirurgie  
 Chirurgie de la main

### CENTRE DE TRAITEMENT SOUS SCOPIE - Consultation et

**CHOISIR LA TECHNIQUE LA PLUS APPROPRIÉE**

**ÉPIDURALE SOUS FLUOROSCOPIE**

Caudale

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**

Infiltration intra-articulaire Gauche Droite

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

### CENTRE D'ÉCHOGRAPHIE - Consultation et

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE Gauche Droite

ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE AVEC INFILTRATION \_\_\_\_\_

INFILTRATION ÉCHOGUIDÉE \_\_\_\_\_

LAVAGE ET ASPIRATION

### TRAITEMENTS (Privé, CSST, SAAQ)

PHYSIOTHÉRAPIE  ERGOTHÉRAPIE