

**Institut de Psychiatrie  
du Québec**

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

**Centre de traitement sous scopie**

Téléphone : (514) 527-4155  
Télécopieur : (514) 598-9963

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Tél. résidence \_\_\_\_\_

Tél. travail \_\_\_\_\_

Tél. cellulaire \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_

**S.V.P. envoyer copie des rapports RX, CT-Scan et/ou IRM, ÉMG**     CSST     SAAQ

**BLOC C1-C2**

GAUCHE

DROITE

**MANOMÉTRIE ET PROVOCATION DISCALE**

Niveau intervertébral

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**THERMOPLASTIE ANNULAIRE INTRADISCALE (IDET™ ou TransDiscal™)**

(Avec résultat de l'IRM et de la manométrie et provocation discale)

Niveau intervertébral

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NUCLÉOPLASTIE DISCALE («COBLATION»)**

(Avec résultat de l'IRM et de la manométrie et provocation discale si requise)

Niveau intervertébral

\_\_\_\_\_

**RHIZOTOMIE FACETTAIRE PAR THERMOLÉSION**

(après évaluation des deux blocs de branche médiane postérieure)

Niveau vertébral

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GAUCHE

DROITE

**RHIZOTOMIE SACRO-ILIAQUE PAR THERMOLÉSION**

(SInergy™)

\_\_\_\_\_

GAUCHE

DROITE

**S.V.P. par télécopieur  
514-598-9963**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

*SVP votre étampe ou en lettres moulées*

Permis n° : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date