



DT9258

## DEMANDE DE CONSULTATION – Centre d'expertise mère

Date de naissance		Année		Mois		Jour	
Sexe		M		F			
Prénom				Nom			
Adresse				Ville			
Téléphone				Télécoeur			

Pour :

Centre secondaire

Centre d'expertise

Médecin référent (ou apposez votre étampe)		Médecin traitant		Même que référent	
Prénom et nom		Prénom et nom		N° de permis	
N° de permis		N° de permis			
Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre		Précisez <input type="checkbox"/> MD famille <input type="checkbox"/> Autre			
Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Télécoeur	Ind. rég.	Télécoeur

**Motif de la demande**

Année Mois Jour

Date

Nouvel usager  Réévaluation

**Référence en Centre d'expertise mère**

Opinion médicale

Intervention/technique ciblée

Médication/ajustement

Autre, précisez :

\_\_\_\_\_

**Investigations déjà réalisés (Joindre le rapport)**

Analyse et culture urine

Urodynamie

Débitmétrie urinaire

Résidu post-mictionnel

Cystoscopie

Imageries

autres : \_\_\_\_\_

**Information sur implant sous-urétral**

Date d'implantation :  Chirurgien :

Nom du matériel implanté :

Voie d'approche :

Protocole opératoire disponible O/N (Joindre le rapport)

Date d'apparition des symptômes :

Histoire de traumatisme de la région pelvienne, hanches, rachis survenus après l'installation :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Information sur implant sous-urétral**

Date d'implantation :  Chirurgien :

Nom du matériel implanté :

Voie d'approche :

Protocole opératoire disponible O/N (Joindre le rapport)

Date d'apparition des symptômes :

Histoire de traumatisme de la région pelvienne, hanches, rachis survenus après l'installation :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nom de l'usager

N° de dossier

Interventions et investigations antérieures							
(Joindre le rapport. Si non disponible, indiquez la date si dans les 12 derniers mois (année, mois))							
Investigations médicales	Rapport joint	À venir	Date	Consultations spécialisées	Rapport joint	À venir	Date
Rayon-X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Clinique de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Précisez :			
TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laboratoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Approches thérapeutiques			
Interventions médicales				Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Programme d'exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloc :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Réadaptation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infiltration :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traitement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médication (Joindre la liste actuelle)				
Médication essayée	En cours	Arrêté	Noms et posologies des Rx tentés (svp indiquez le maximum toléré)	Raison de l'arrêt
<input type="checkbox"/> AINS/Acétaminophène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Narcotiques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Autre 1 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Autre 2 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ANTICOAGULANTS :			ANTIPLAQUETTAIRES (sauf AAS) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pharmacie de l'usager (et coordonnées si disponibles) :				
<input type="checkbox"/> Tout rapport pertinent est joint à cette demande. Je comprends que toute demande incomplète sera retournée. En référant l'usager, je m'engage à assurer un suivi de sa condition de douleur chronique pendant le traitement et à la suite de son congé du CEGDC. Si je suis un médecin consultant spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant/de famille de cette demande de référence, et ce afin que le médecin traitant/de famille assure le suivi auprès de l'usager.				
Réfèrent		Signature du médecin		Date
(Ligne privilégiée pour appel médecin à médecin)				Année    Mois    Jour

**DEMANDE DE CONSULTATION –  
Centre d'expertise mèche**

## PHYSIOTHÉRAPIE PÉRINÉALE

### DIAGNOSTIC :

- Centre d'expertise prévention  
 Centre d'expertise bandelettes sous-urétrales

### TROUBLE GÉNITO-URINAIRE

- Incontinence urinaire d'effort       Vessie hyperactive / incontinence urinaire d'urgence  
 Incontinence urinaire mixte

### PROLAPSUS URO-GÉNITAL

### DYSFONCTION DU PLANCHER PELVIEN

- Faiblesse musculaire       Post-partum / 3<sup>e</sup> – 4<sup>e</sup> degré  
 Trouble défécatoire / ténisme / anisme       Incontinence anale

### SYNDROME DOULOUREUX PELVIEN

- Syndrome myofascial (myalgie-hypertonie releveur de l'anus / périné)  
 Douleur périnéale / cicatricielle       Neuropathie pudendale / autre       Clitorodynie  
 Syndrome douloureux de la vessie / cystite interstitielle  
 Vulvodynie provoquée       Vulvodynie non-provoquée

### AUTRE :

---

---

SVP évaluation et traitement selon votre évaluation.

- Rééducation vésicale (Bladder training)       Essai / ajustement / soins de pessaire

### COMMENTAIRES :

---

---

---

Md référant : \_\_\_\_\_

No. de pratique : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## FICHE SANTÉ CHUM d'urogynécologie

### Enseignement donné :

Référez vers :  Prévenir et traiter l'incontinence urinaire chez la femme  fiches santé CHUM

Référez vers :  Le pessaire, pour traiter une descente d'organes ou des fuites d'urine  fiches santé CHUM

Référez vers :  L'incontinence urinaire chez la personne âgée. Exercices et traitements  fiches santé CHUM

Référez vers :  Avoir du mal à contrôler son envie d'uriner (la vessie hyperactive)  fiches santé CHUM

Référez vers :  Sécheresse vaginale  fiches santé CHUM

Référez vers :  Le lichen scléreux. Vivre avec une maladie de peau dans la région génitale  fiches santé CHUM

Référez vers :  Exercices à faire avec un accommodateur vaginal  fiches santé CHUM

Référez vers :  Douleur à la vulve, au périnée et au vagin  fiches santé CHUM

Référez vers :  Vivre avec une douleur chronique  fiches santé CHUM

Référez vers :  Urinary tract infection  fiches santé IUGA

Référez vers :  Vider sa vessie à l'aide d'un cathéter chez la femme  fiches santé CHUM

Réduquer la vessie, la vessie hyperactive

Avoir du mal à contrôler son envie d'uriner, La vessie hyperactive

La relaxation pour mieux gérer le stress

Traiter l'incontinence anale

Des moyens pour combattre la constipation

Exercices pour renforcer les muscles abdominaux

Avoir un dos en santé après l'accouchement

Exercices pour renforcer les muscles abdominaux après l'accouchement

Il y a deux vidéos sur les exercices à faire après l'accouchement (en bas de la page): <https://www.chumontreal.qc.ca/repertoire/centre-naissances-unite-mere-enfant/apres-naissance>