

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PRESCRIPTION ATTELLE À L'URGENCE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

Diagnostic : _____ ☐ Gauche ☐ Droite

MEMBRES SUPÉRIEURS	ATTELLE
☐ Fx de clavicule	☐ Stevenson
☐ Fx tête humérale/épaule non déplacée	
☐ Fx humérus distal non déplacé	☐ BAB
☐ Fx coude, olécrâne (tête radiale) non déplacée	
☐ Fx avant-bras non déplacée	☐ AB
☐ Fx radius, cubitus, radius/cubitus (poignet) non déplacée	☐ Spica/scaphoïde 1 ^{er} doigt
☐ Fx scaphoïde non déplacée	☐ Boxer
☐ Fx métacarpe non déplacée 4 ^e – 5 ^e méta	☐ Larme
☐ Fx métacarpe non déplacée 2 ^e – 3 ^e méta	☐ BAB
☐ Enfant moins de 5 ans, ex : Fx poignet/coude...	

MEMBRES INFÉRIEURS	ATTELLE
☐ Fx fémur distal non déplacée	☐ Zimmer
☐ Fx rotule non déplacée	☐ Zimmer/Curo-pédieuse
☐ Fx tibia, péroné ou tibia/péroné (cheville) non déplacée	☐ Postérieure
☐ Fx pied/métatarse non déplacée	
☐ Enfant de moins de 5 ans, ex : Fx cheville/tibia	☐ Curo-pédieuse

AIDE MÉMOIRE

- Prescription / analgésie-consultation orthopédie – arrêt de travail / éducation physique
- Béquilles / marchette si l'usager est âgé de plus de 65 ans ou selon le milieu de vie

CONSULTATION ORTHOPÉDIE

Date : _____

Une fois l'attelle en place, vous recevrez un appel de la centrale de rendez-vous pour une consultation en orthopédie.

Raison de consultation

Pour la clientèle provenant de l'urgence : Télécopier la demande de consultation au guichet unique ambulatoire

Pour la clientèle provenant de l'externe :

- Si attelle faite à la clinique : Télécopier la demande de consultation à la Centrale de Rendez-vous (450-699-6932);
- Sinon, remettre la demande de consultation à l'usager et le diriger à l'urgence pour l'attelle.

Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)