

Regional Hip and Knee Replacement Program

Cornwall Community Hospital ■ Hôpital Montfort ■ Queensway Carleton Hospital ■ The Ottawa Hospital

Request For Primary Hip and Knee Replacement Consultation

REFERRAL DATE: YYYY MM DD

CONSULTATION REQUESTED FROM: (Please select **one**) Note: if no selection is made, referral will be processed as "first available"

FRANCOPHONE SERVICES - FAX to 613-721-7889

- First available appointment at the Hôpital Montfort, **OR**
 Dr. _____
(identify orthopaedic surgeon of patient choice)

BILINGUAL SERVICES - FAX to 613-721-7889

- First available appointment within participating hospitals, **OR**
 Hospital (select hospital of patient choice):
- Cornwall Community Hospital
 - Hôpital Montfort
 - The Ottawa Hospital

OR

- Dr. _____
(identify orthopaedic surgeon of patient choice)

SERVICES IN ENGLISH – FAX to 613-721-7889

- First available appointment within participating hospitals, **OR**
 Hospital (select hospital of patient choice):
- Cornwall Community Hospital
 - Hôpital Montfort
 - Queensway Carleton Hospital
 - The Ottawa Hospital

OR

- Dr. _____
(identify orthopaedic surgeon of patient choice)

Referring Physician Information – may use stamp

Name: _____
Specialty: _____
Address: _____
Phone: _____
Fax: _____
Billing #: _____
Signature: _____

Family Physician Information (if different)

Name: _____
Phone: _____

Patient Information – may use sticker

Name: _____
Address: _____
Phone: _____
Date of Birth: _____
Health Card #: _____
Gender: Male Female
Alternate Contact Information:

Clinical Information

Diagnosis

- Hip Right / Left Knee Right / Left
- Osteoarthritis Inflammatory Arthritis Post-traumatic arthritis
 Joint derangement not yet diagnosed
- Other: _____

Please attach existing x-ray reports of the affected joint

Patients will have to bring x-rays with them to appointment – done within last 3 months

We recommend the following views:

- Hip:** AP pelvis, AP and lateral of affected hip
 Knee: AP weight bearing bilateral knees, lateral of knee flexed at 30° bilateral knees, skyline view bilateral knees

Please forward the cumulative patient report, medication list, and any additional information that will assist us in performing our examination

Programme régional d'arthroplasties de la hanche et du genou

Hôpital communautaire de Cornwall ■ Hôpital Montfort ■ Hôpital Queensway Carleton ■ Hôpital d'Ottawa

Demande de consultation pour une arthroplastie primaire de la hanche ou du genou

DATE DU RÉFÉRÉ AAAA MM JJ

CONSULTATION DEMANDÉE AUPRÈS: (Choisir une option) Nota : Si vous n'inscrivez rien, la demande sera acheminée au premier chirurgien disponible, peu importe l'hôpital.

SERVICES EN FRANÇAIS – TÉLÉC. au 613-721-7889

- Premier rendez-vous disponible à l'Hôpital Montfort, **OU**
- Dr. _____
(indiquer le nom du chirurgien orthopédiste que le patient souhaite consulter)

SERVICES BILINGUES – TÉLÉC. au 613-721-7889

- Premier rendez-vous disponible à l'un des hôpitaux participants, **OU**
- Hôpital (choisir l'hôpital où souhaite aller le patient):
- Hôpital communautaire de Cornwall
- Hôpital Montfort
- L'hôpital d'Ottawa
- OU**
- Dr. _____
(indiquer le nom du chirurgien orthopédiste que le patient souhaite consulter)

SERVICES EN ANGLAIS – TÉLÉC. au 613-721-7889

- Premier rendez-vous disponible à l'un des hôpitaux participants, **OU**
- Hôpital (choisir l'hôpital où souhaite aller le patient):
- Hôpital communautaire de Cornwall
- Hôpital Montfort
- Hôpital Queensway Carleton
- L'hôpital d'Ottawa

OU

- Dr. _____
(indiquer le nom du chirurgien orthopédiste que le patient souhaite consulter)

Information du médecin traitant – estampe autorisé

Nom: _____
Spécialité: _____
Adresse: _____
Téléphone: _____
Télécopieur: _____
Numéro de facturation: _____
Signature: _____

Renseignements du médecin de famille (si différent)

Nom: _____
Téléphone: _____

Renseignement du patient – autocollant autorisés

Nom: _____
Adresse: _____
Téléphone: _____
Date de naissance: _____
N° carte d'assurance-maladie: _____
Sexe: Homme Femme
Autres coordonnées: _____

Information clinique

Diagnostic

- Hanche** droite / gauche **Genou** droit / gauche
- Ostéoarthrose Arthrite inflammatoire Arthrite post-traumatique
- Dérangement articulaire non diagnostiqué
- Autre: _____

Veillez joindre les rapports de radiographie existants de l'articulation touchée.

Les patients devront apporter les radiographies des trois derniers mois avec eux lors du rendez-vous.

Nous recommandons les radiographies suivantes:

- Hanche** : Bassin AP, AP et latéral de la hanche symptomatique
- Genou** : AP debout des deux genoux, latéral des deux genoux à 30° de flexion, « Skyline » des deux genoux

Veillez nous faire parvenir le rapport cumulatif du patient, la liste des médicaments et tout autre renseignement qui pourrait nous aider à effectuer notre examen.