

Regional Hip and Knee Replacement Program

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

Request For Primary Hip and Knee Replacement Consultation Fax: 613-721-7889

REFERRAL DATE (YYYY/MM/DD): _____

Services Requested in English

Services Requested in French

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, PA standing flexion

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 ■ Hôpital régional de Pembroke

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

Fax: 613-721-7889

DATE DU RÉFÉRÉ (AAAA/MM/JJ)

SERVICES EN FRANÇAIS

SERVICES EN ANGLAIS

Information du médecin traitant – estampe autorisée

Nom: _____

Spécialité: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télécopieur: _____

Numéro de facturation: _____

Signature: _____

Renseignements du médecin de famille (si différent)

Nom: _____

Téléphone: _____

Renseignement du patient – autocollant autorisé

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

Déangement 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, **Projection PA en flexion debout**

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.