

Formulaire d'aiguillage pour le traitement de l'ostéo-arthrite du genou par injections de viscosuppléance

Faire parvenir le formulaire rempli par fax au **1-877-883-3301**

Information concernant le MD/IP :
Cachet & # de facturation du MD/IP

Coordonnées du patient :
Cachet du patient

Exigences pour un patient à savoir si celui-ci est un candidat approprié pour les injections de viscosuppléance :

- Désire une thérapie d'intervention différente de celle fournie pour l'ostéo-arthrite**

Prière d'inclure :

- Antécédents médicaux du patient, toute imagerie pertinente et notes de consultation**
- Confirmation d'avoir accès à une couverture par un tiers pour les frais de 450 \$ pour les traitements par injections de viscosuppléance, le cas échéant.**

Informations additionnelles :

- La plupart des demandes soumises, dans l'ensemble du Canada, qui répondent aux indications de Santé Canada, sont approuvées par les assurances privées

Signature du médecin ou de l'infirmier(ère) praticien(ne) :

de facturation Date :

**Département d'arrivages du Centre
de soulagement de la douleur**

Siège social : 9-6400 Millcreek Drive, Mississauga, ON, L5N 3E7
P: 905 288-1022 NSF : 800 265-3429 Ext 1022 F: 905 858-0111 FSF : 877 883-3301