



EndoCARES

Endométriose – Centre pour l'avancement
de la recherche et des soins chirurgicaux

Endometriosis – Centre for the
Advancement of Research and Surgery

Fax: 514-843-2888

Email: endocares@muhc.mcgill.ca

Web: muhc-obgyn.com

Nom/name: _____

RAMQ: _____

TEL: _____

Email: _____

(requis/required)

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Raison de la demande:

- Endométriose profonde sur échographie ou IRM (p. ex. endométriomes, nodule rectal)
- Endométriose profonde confirmée par chirurgie

* Veuillez inclure le rapport d'imagerie ou la note opératoire. Les demandes incomplètes ne seront pas triées.

Détails / details : _____

REFERRAL FORM

Reason for referral:

- Deep endometriosis on ultrasound or MRI (e.g. endometriomas, rectal nodule)
- Surgically diagnosed deep endometriosis

* Please include the imaging or operative report. Incomplete referrals will not be triaged.

Critères d'exclusion

Douleur chronique *sans endométriose**:

- Douleur pelvienne chronique/fibromyalgie
- Douleur myofasciale ou reliée au mesh synthétique

Enceinte

Post-ménopausique

Vestibulite, vulvodynie

Toxicomanie non traitée

Trouble psychiatrique non traité

* Pour les douleurs chroniques, veuillez vous adresser à l'Unité Alan-Edwards de gestion de la douleur : www.mcgill.ca/paincentre/clinicians/refer-your-patient

Exclusion Criteria

Pain condition *in the absence of endometriosis**:

- Chronic pelvic pain, fibromyalgia
- Myofascial pain syndrome, mesh-related pain

Pregnant

Post-menopausal

Vestibulitis, vulvodynia

Untreated substance abuse

Untreated psychiatric disorder

* For chronic pain, please refer to the **Alan Edwards Pain Management Unit**: www.mcgill.ca/paincentre/clinicians/refer-your-patient

Médecin référant / Referring physician:

Nom/Name: _____ No. Licence: _____ Date: _____

Signature: _____ Fax: _____