



## 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](mailto:endocares@muhc.mcgill.ca)

Web: [muhc-obgyn.com](http://muhc-obgyn.com)

Nom: \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_  
(requis)

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

### Raison de la demande:

Endométriose profonde sur échographie ou IRM  
(endométriomes, nodule rectovaginal, lésion de  
l'intestin/la vessie, lésion diaphragmatique)

} Veuillez inclure le rapport d'imagerie.  
Les demandes incomplètes ne seront pas triées.

Endométriose profonde confirmée par chirurgie  
(incluant colonoscopie, cystoscopie)

} Veuillez inclure la note opératoire

Détails supplémentaires: \_\_\_\_\_

### Critères d'exclusion

Douleur chronique *sans*  
endométriome\*:

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

Enceinte

Post-ménopausique

Vestibulite, vulvodynie

Toxicomanie non traitée

Trouble psychiatrique non traité

*\*Veuillez noter que cette clinique est spécialisée exclusivement dans la prise en charge de l'endométriome complexe.*

*Pour les patientes qui ne répondent pas aux critères, nous suggérons :*

- *En cas de suspicion d'endométriome sans imagerie spécialisée préalable, veuillez considérer une **Échographie d'endométriome**.*

*Fax : 514-843-2888*

- *Pour les patientes sans évidence d'endométriome à l'imagerie : veuillez considérer une consultation en gynécologie au travers du **CRDS** ou à la **Clinique de gynécologie du CUSM @ Clinique médicale Crowley**.*

*Fax : 514-856-5607 ou Email : [info@crowleymd.com](mailto:info@crowleymd.com)*

- *Pour les douleurs chroniques, veuillez vous adresser à l'**Unité Alan-Edwards de gestion de la douleur**.*

*Lien : [www.mcgill.ca/paincentre/clinicians/refer-your-patient](http://www.mcgill.ca/paincentre/clinicians/refer-your-patient)*

### Médecin référant:

Nom: \_\_\_\_\_ No. Licence: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_