

**CLINIQUE DES CHUTES / FALLS CLINIC  
DEMANDE DE CONSULTATION / REFERRAL**

*Veillez compléter les informations suivantes. / Please complete the following.*

**Demandeur / Requisitioner**

Nom du demandeur / Referred by : \_\_\_\_\_

Adresse / Address: \_\_\_\_\_

Téléphone / Telephone: \_\_\_\_\_

Télécopieur / Fax: \_\_\_\_\_

**Patient**

Nom du patient / Patient Name: \_\_\_\_\_

Adresse / Address: \_\_\_\_\_

Téléphone / Telephone: \_\_\_\_\_

**RAISON DE LA CONSULTATION / REASON FOR REFERRAL :**

- Chute (1 ou à répétition) / Fall (1 or more)                       Chute témoinnée / Witnessed fall
- Instabilité à la marche / Unsteady walk
- Blessure importante (ex.: fracture) / Significant injury (ex.: fracture)
- Vertige / Dizziness
- Autre / Other \_\_\_\_\_

***Critères d'admissibilité / Eligibility criteria:***

- âgé de 65 ans et plus / Age 65 or more
- demeure à la maison ou dans une résidence / Lives at home or in residence

***Critères d'inadmissibilité / Ineligibility criteria:***

- patients hospitalisés / Hospitalised patients
- personnes avec troubles de mémoire et/ou de comportement sévères / Persons with memory problems and/or severe behaviour disorders

**Patient avisé? / Patient informed?**    Oui / Yes        Non / No    \_\_\_\_\_  
Signature clinicien traitant / Attending Clinician\_\_\_\_\_  
Date

Faire parvenir à / Send to: **L'Unité de Médecine Familiale – Clinique de gériatrie**  
713 chemin Montréal Road, Local 1D114  
Ottawa, Ontario K1K 0T2  
Tél : 613-748-4929; Téléc/fax : 613-748-4995