

SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS

FORMULAIRE DE CONSULTATION

Envoyez le formulaire dûment rempli par télécopieur.
Téléphone: 613-721-4801 Télécopieur: 613-820-4456

Date de la demande:				
RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT (APPOSEZ L'ÉTIQUETTE DU CLIENT S'IL Y A LIEU)				
Nom de famille du client :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	DDN :(jj/mm/aaaa)	Âge :
Adresse :		Ville :	Code postal :	
Téléphone :	N° de carte d'assurance-santé de l'Ontario :	Code de version :	Langue de préférence : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre :	
Le client consent à ce que des renseignements à son sujet soient communiqués à d'autres <input type="checkbox"/> OUI Autrement, la demande ne peut pas être traitée.				
COORDONNÉES D'UNE PERSONNE-RESSOURCE				
Nom :	Lien avec le client :	Tél. (maison) :	Tél. (travail) :	Tél. cellulaire :
Veuillez communiquer avec : <input type="checkbox"/> le client <input type="checkbox"/> la personne-ressource				
FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES				
Nom : (et numéro de facturation)		Téléphone :	Télécopieur :	
SOURCE DE LA DEMANDE <input type="checkbox"/> FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES, TEL QU'INDIQUÉ CI-DESSUS				
Nom : (et numéro de facturation s'il y a lieu)		Service :	Téléphone :	Télécopieur :
MOTIFS DE LA DEMANDE (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes)				
<input type="checkbox"/> Cognition – si déjà évaluée, indiquez la date et l'endroit : _____		<input type="checkbox"/> Revue des médicaments <input type="checkbox"/> Humeur <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Stress de l'aidant naturel <input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule		<input type="checkbox"/> Risques/préoccupations au sujet de la sécurité <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____
<input type="checkbox"/> Chutes Nombre : _____				
<input type="checkbox"/> Évaluation fonctionnelle				
<input type="checkbox"/> Mobilité				
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX IMPORTANTS (y compris les changements récents) <input type="checkbox"/> Ci-joints				
Pour accélérer le triage, veuillez joindre le profil cumulatif du patient, des analyses de sang récentes et pertinentes, les résultats d'imagerie diagnostique et les antécédents médicaux.				
Renseignements supplémentaires, dont les objectifs et les attentes :				
Si vous préférez un service gériatrique spécialisé en particulier, veuillez indiquer lequel : <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Équipes mobiles d'évaluation gériatrique				