

CLINIQUE DES CHUTES DEMANDE DE CONSULTATION

Find an english version of this form on the following page.

Demandeur

Nom du demandeur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Patient

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

RAISON DE LA CONSULTATION :

- Chute (1 ou à répétition) Chute témoinnée
 Instabilité à la marche
 Blessure importante (ex.: fracture)
 Vertige
 Autre _____

Critères d'admissibilité :

- âgé de 65 ans et plus
- demeure à la maison ou dans une résidence

Critères d'inadmissibilité :

- patients hospitalisés
- personnes avec troubles de mémoire et/ou de comportement sévères

Patient avisé?

Oui

Non

Signature clinicien traitant

Date

Faire parvenir à : **Unité de médecine familiale – Clinique de gériatrie**

713 chemin Montréal, Local 1D114
Ottawa, Ontario K1K 0T2
T: 613-748-4929 F: 613-748-4995



81000395

Dossier clinique

5100514 (01_19)

**FALLS CLINIC
REFERRAL**

Please complete the following.

Requisitioner

Referred by: _____

Address: _____

Telephone: _____

Fax: _____

Patient

Patient Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

REASON FOR REFERRAL: Fall (1 or more) Witnessed fall Unsteady walk Significant injury (ex.: fracture) Dizziness Other _____*Eligibility criteria:*

- Age 65 or more
- Lives at home or in residence

Ineligibility criteria:

- Hospitalised patients
- Persons with memory problems and/or severe behaviour disorders

Patient informed?Yes No _____
Attending Clinician_____
Date

Send to:

Unité de médecine familiale – Clinique de gériatrie

713 Montréal Road, Local 1D114

Ottawa, Ontario K1K 0T2

T: 613-748-4929 F: 613-748-4995



81000395

Health record

5100514 (01_19)