

**CLINIQUE DE GESTION DES
MALADIES CHRONIQUES
Formulaire de référence**Envoyer le formulaire par fax au :
613-688-1086

Identification du patient

PATIENTS RÉSIDENTS DE L'ONTARIO SEULEMENT**PRIORITÉ (CHOISIR LE DÉLAI LE PLUS APPROPRIÉ)** 1-2 semaines 2-4 semaines**AU MOINS 2 COMORBITÉS****et / ou****Vulnérabilités**

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Insuffisance cardiaque
- Maladie coronarienne
- Fibrillation auriculaire
- HTN
- Diabète
- Insuffisance Rénale Chronique
- AVC
- Cirrhose
- Trouble cognitif léger
- Conditions arthritiques
- Autre : _____

- Mobilité/chute
- Stress aidant naturel
- Humeur/dépression
- Anxiété
- Continence
- Polypharmacie
- Douleur
- Inquiétudes nutritionnelles
- Déclin fonctionnel
- Sécurité

RAISON DE CONSULTATION

- Difficultés à stabiliser les symptômes en lien avec la multi-morbidité
- Difficultés à optimiser le statut fonctionnel et qualité de vie du patient
- Difficultés d'autogestion de la part du patient
- Problèmes au niveau de la coordination des soins / accès aux services appropriés
- Trouble de santé mentale et/ou sommeil relié à la multimorbidité (anxiété, dépression, trouble d'ajustement) * svp spécifier dans la boîte d'information additionnelle ci-bas
- Besoin de planification préalable des soins avancés/statut de réanimation
- Consultation avec l'équipe interprofessionnelle :
 - ✓ Physiothérapie
 - ✓ Ergothérapie
 - ✓ Travail Social
 - ✓ Pharmacie
 - ✓ Diététiste
 - ✓ Infirmière

Information additionnelle :

82000525

NOM DU MÉDECIN RÉFÉRANT: _____.

SIGNATURE: _____.

NUMÉRO DE FACTURATION : _____.

DATE : _____.



**CHRONIC DISEASE MANAGEMENT
CLINIC referral form**

Fax referral to **613-688-1086**

Patient's identification

FOR ONTARIO RESIDENTS ONLY

PRIORITY (CHOOSE THE APPROPRIATE RANGE)

1-2 weeks

2-4 weeks

AT LEAST 2 COMORBIDITIES

and/or

VULNERABILITIES

- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- Heart failure
- Coronary disease
- Atrial fibrillation
- HTN
- Diabetes
- Chronic kidney disease (CKD)
- Stroke
- Cirrhosis
- Mild cognitive impairment
- Arthritic conditions
- Other : _____

- Mobility/falls
- Caregiver stress
- Mood/Depression
- Anxiety
- Continence
- Polypharmacy
- Pain
- Nutrition concerns
- Functional decline
- Safety

REASON FOR CONSULTATION

- Difficulty stabilizing their symptoms related to multimorbidity
- Difficulty with optimizing their functional status and quality of life
- Difficulty with self-management of their chronic diseases
- Problems with service coordination and access to appropriate services
- Mental health problems and sleep difficulties related to their multimorbidity (anxiety, depression, adjustment difficulties) * please specify in additional information box below
- Needs support with proactive advance care planning/resuscitation status
- Consultation with interprofessional team:
 - Physiotherapist
 - Occupational Therapy
 - Pharmacist
 - Social Work
 - Nursing
 - Dietitian

Additional information:

82000525

NAME OF REFERRING PHYSICIAN: _____.

SIGNATURE: _____.

BILLING NUMBER: _____.

DATE: _____.