



Patient ID

FALLS CLINIC
Consultation request

Please complete the following.

Requisitioner

Referred by :
Address :
Telephone :
Fax:

Patient

Patient Name :
Health Card :
DOB :
Address :
Telephone :

REASON FOR CONSULTATION :

- Fall (1 or more)
Unsteady walk
Dizziness
Witnessed fall

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 Billing No. Date

Send to: Falls Clinic
1G348-2225 Mer-Bleue Rd, ON K4A 5M3
T: 613-288-5344x3046 F: 613-688-1086



81000395

5100514 (01_25)

Dossier clinique / Health record



Identification du patient

CLINIQUE DES CHUTES
Demande de consultation

Veillez compléter les informations suivantes.

Demandeur

Nom du demandeur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Patient

Nom du patient : _____

Carte santé : _____

DDN : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

RAISON DE LA CONSULTATION

Chute (1 ou à répétition)

Chute témoinnée

Instabilité à la marche

Vertige

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

No. Facturation

Date

Faire parvenir à:

Clinique des chutes

1G348-2225 Mer-Bleue Rd, ON K4A 5M3

T: 613-288-5344x3046 F: 613-688-1086



81000395

5100514 (01_25)

Dossier clinique / Health record