

CLINIQUE DES CHUTES DEMANDE DE CONSULTATION

Veillez compléter les informations suivantes.

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)