



2225 ch. Mer-Bleue, Orléans, ON K4A 5M3

Téléphone : 613-288-5344 x 4125

Télécopieur : 613-748-4913

#### Identification du patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

DDN:

Adresse:

No de téléphone:

OHIP:

## Service de santé cardiovasculaire et pulmonaire

DEMANDE DE CONSULTATION – EXTERNE

### Référence en RÉADAPTATION PULMONAIRE selon le diagnostic :

- |                                             |                                                                                   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme             | <input type="checkbox"/> Bronchiectasie                                           |
| <input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire | <input type="checkbox"/> MPOC ( <i>Maladie pulmonaire obstructive chronique</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____     |                                                                                   |

### Référence en RÉADAPTATION CARDIAQUE selon le diagnostic :

- |                                                                                               |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> STEMI                                                                | <input type="checkbox"/> NSTEMI ( <i>Syndrome coronarien aigu</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Angine stable                                                        | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque                     |
| <input type="checkbox"/> Arythmie                                                             | <input type="checkbox"/> Pontage aorto-coronarien ( x _____ )       |
| <input type="checkbox"/> Angioplastie                                                         | <input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque                  |
| <input type="checkbox"/> Remplacement/réparation valvulaire                                   | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque                      |
| <input type="checkbox"/> Défibrillateur interne à synchronisation automatique ( <i>DISA</i> ) |                                                                     |

### Autres conditions médicales pertinentes :

### Afin d'accélérer le processus de consultation, veuillez inclure (si disponible):

- **Sommaires** (*congé de l'hôpital, consultations, prélèvements sanguins*)
- **Rapports cardiaques** (*angiogramme, pontage aorto-coronarien, échocardiogramme, épreuve à l'effort*)
- **Rapports pulmonaires** (*fonctions pulmonaires complètes, spirométrie simple*)

Nom du médecin référent: \_\_\_\_\_

Signature du médecin référent: \_\_\_\_\_

# CPSO : \_\_\_\_\_ # Facturation : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_





2225 Mer-Bleue Rd, Orléans, ON K4A 5M3

Telephone: 613-288-5344 x 4125

Fax: 613-748-4913

Patient ID

Name:

Surname:

Sex:

DOB:

Address:

Phone #:

OHIP:

## Cardiovascular and Pulmonary Health Services

### OUTPATIENT - REFERRAL

#### Referral for PULMONARY REHABILITATION due to a diagnosis of :

- |                                             |                                                                                |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Bronchiectasis                                        |
| <input type="checkbox"/> Pulmonary Fibrosis | <input type="checkbox"/> COPD ( <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Others : _____     |                                                                                |

#### Referral for CARDIAC REHABILITATION due to a diagnosis of :

- |                                                                                        |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> STEMI                                                         | <input type="checkbox"/> NSTEMI ( <i>Acute Coronary Syndrome</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Stable Angina                                                 | <input type="checkbox"/> Heart Failure                             |
| <input type="checkbox"/> Arrhythmia                                                    | <input type="checkbox"/> Coronary Artery Bypass ( x _____ )        |
| <input type="checkbox"/> Angioplasty                                                   | <input type="checkbox"/> Heart Transplant                          |
| <input type="checkbox"/> Valve Replacement / Repair                                    | <input type="checkbox"/> Pacemaker                                 |
| <input type="checkbox"/> Automatic Internal cardioverter-defibrillator ( <i>AICD</i> ) |                                                                    |

#### Other pertinent medical condition :

#### In order to accelerate the referring process, please include (if available) :

- **Summary** (*Hospital Discharge, Consultations, Laboratory Tests*)
- **Cardiac Reports** (*Angiogram, Coronary Artery Bypass Report, Echocardiogram, Stress Test*)
- **Pulmonary Reports** (*Complete Pulmonary Function Test, Simple Spirometry*)

Referring physician's name: \_\_\_\_\_

Referring physician's signature: \_\_\_\_\_

CPSO #: \_\_\_\_\_ Billing # : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

