

**CLINIQUE DES CHUTES / FALLS CLINIC
DEMANDE DE CONSULTATION / REFERRAL**

Veillez compléter les informations suivantes. / Please complete the following.

Demandeur / Requisitioner

Nom du demandeur / Referred by : _____

Adresse / Address: _____

Téléphone / Telephone: _____

Télécopieur / Fax: _____

Patient

Nom du patient / Patient Name: _____

Adresse / Address: _____

Téléphone / Telephone: _____

RAISON DE LA CONSULTATION / REASON FOR REFERRAL :

- Chute (1 ou à répétition) / Fall (1 or more) Chute témoinnée / Witnessed fall
- Instabilité à la marche / Unsteady walk
- Blessure importante (ex.: fracture) / Significant injury (ex.: fracture)
- Vertige / Dizziness
- Autre / Other _____

Critères d'admissibilité / Eligibility criteria:

- âgé de 65 ans et plus / Age 65 or more
- demeure à la maison ou dans une résidence / Lives at home or in residence

Critères d'inadmissibilité / Ineligibility criteria:

- patients hospitalisés / Hospitalised patients
- personnes avec troubles de mémoire et/ou de comportement sévères / Persons with memory problems and/or severe behaviour disorders

Patient avisé? / Patient informed?Oui / Yes Non / No _____
Signature clinicien traitant / Attending Clinician_____
DateFaire parvenir à / Send to: **Unité de médecine familiale – Clinique de gériatrie**

713 chemin Montréal Road, Local 1D114

Ottawa, Ontario K1K 0T2

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



81000395

Dossier clinique / Health record

5100514 (01_19)