



713, chemin Montréal  
Ottawa, Ontario K1K 0T2  
(613) 746-4621

## DEMANDE DE CONSULTATION

Clinique externe en Orthophonie

Nom du patient :
Genre : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :
Adresse :
Numéro de téléphone du patient :
Numéro de carte santé du patient :
Personne-ressource / relation :
Numéro de téléphone de la personne-ressource :
Nom du médecin :

Nom et titre du demandeur :	Numéro de téléphone : Numéro de télécopieur :
Veuillez indiquer les services demandés : <input type="checkbox"/> Déglutition <input type="checkbox"/> Communication (causé par une affection neurologique acquise) <input type="checkbox"/> Thérapie de la voix	
Antécédents médicaux (veuillez joindre tous les documents médicaux pertinents tels que résultats IRM, tomodensitométrie et toutes consultations en neurologie, ORL, gastro-entérologie, etc.) :	
Quand est-ce que les difficultés ont –elles été remarquées et à quelle fréquence se produisent-elles?	
Est-ce qu'un(e) orthophoniste a été consulté(e) pour ce problème dans le passé? Veuillez fournir les détails pertinents (par exemple nom, lieu, objectifs) :	
Veuillez décrire les préoccupations liées à la déglutition, incluant les préoccupations diététiques (par exemple odynophagie, perte de poids inexpliquée, etc.) :	
Veuillez décrire les préoccupations liées à la communication (par exemple parole, compréhension, lecture, écriture, etc.) :	
Veuillez décrire les préoccupations liées à la voix et indiquer comment celles-ci, dans le cas échéant affectent la respiration :	
<b>*Signature du médecin ou infirmier(ière) praticien(ne) obligatoire :</b> Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____ <i>Veuillez noter qu'en signant cette demande de consultation, vous consentez qu'une vidéofluoroscopie soit faite si cliniquement indiquée</i>	

Nous tentons de voir chaque client le plus rapidement possible. Veuillez toutefois être conscient qu'il y a souvent un délai d'attente



82700245

DOSSIER