

02.7300-48(08/07)Trial  
**River Valley Health**  
**Stan Cassidy Centre for Rehabilitation**  
**Rehabilitation Services Request**

Patient Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Telephone number \_\_\_\_\_  
 Date of Birth(dd/mm/yy) \_\_\_\_\_  
 Medicare number \_\_\_\_\_ Expiry \_\_\_\_\_  
 Language Preferred  English  French

Service Preference  Ambulatory/Outpatient  
 Outreach  
 Inpatient

Family/Patient is aware of referral  Yes  No

Current client location (home,hospital,other) \_\_\_\_\_

Contact person \_\_\_\_\_

Telephone (home) \_\_\_\_\_

(work) \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_

**Request For Service/Consultation**

Adult Team	Paediatric Team	Assistive Technology	Specialty Clinics	Austism Team
<input type="checkbox"/> Clinical Dietetics <input type="checkbox"/> Neuropsychology <input type="checkbox"/> Nursing <input type="checkbox"/> Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Physiatry <input type="checkbox"/> Physiotherapy <input type="checkbox"/> Psychology <input type="checkbox"/> Recreation Therapy <input type="checkbox"/> Social Work <input type="checkbox"/> Speech Language	<input type="checkbox"/> Clinical Dietetics <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Neuropsychology <input type="checkbox"/> Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Physiatry <input type="checkbox"/> Physiotherapy <input type="checkbox"/> Psychology <input type="checkbox"/> Speech Language <input type="checkbox"/> Social Work	<input type="checkbox"/> Driving Assessment <input type="checkbox"/> Vehicle Modification Consultation <input type="checkbox"/> Augmentative Communication <input type="checkbox"/> Computer Access <input type="checkbox"/> Electronic Aids for Daily Living <input type="checkbox"/> Seating and Mobility	<input type="checkbox"/> Spasticity Management Clinic <input type="checkbox"/> Feeding Clinic (Paed) <input type="checkbox"/> Neuromuscular Clinic (Paed) <input type="checkbox"/> Neuromuscular Clinic (Adult) <input type="checkbox"/> Orthotic Clinic (Paed) <input type="checkbox"/> Orthotic Clinic (Adult) <input type="checkbox"/> Rehab Engineering Clinic <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Paediatrician <input type="checkbox"/> Behavior Analyst <input type="checkbox"/> Dietetics <input type="checkbox"/> Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Psychology <input type="checkbox"/> Speech Language

Diagnosis \_\_\_\_\_

*Medical/therapists reports must accompany the request, including information on nature, duration and impact of the problem*

Specific Reason for Tertiary Referral

Goal(s)

1 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Current Therapy Services (includes hospital services, extra mural programs, private practices, school, etc.)

Therapist/Physician	Discipline	Report Enclosed	Organization	Phone Number
	Physician	<input type="checkbox"/>		
	OT	<input type="checkbox"/>		
	PT	<input type="checkbox"/>		
	RD	<input type="checkbox"/>		
	SLP	<input type="checkbox"/>		
	SW	<input type="checkbox"/>		
	Other	<input type="checkbox"/>		

Person requesting Service \_\_\_\_\_  
 Print Telephone dd mm yy

Referring Physician \_\_\_\_\_  
 Signature Print or stamp name dd mm yy

\*\*\* Incomplete Referrals Will Be Returned For Completion Prior To Acceptance \*\*\*

**Centre de réadaptation Stan Cassidy**  
**Demande de services de réadaptation**

 Nom du patient \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_  
 No d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
 Langue de préférence  anglais  français

## Préférences en matière de services

- 
- Services ambulatoires/en consultation externe
- 
- 
- Services hors site
- 
- 
- Services aux hospitalisés

La famille/le patient est au courant de la demande  oui  non

Localisation actuelle du patient (domicile, hôpital, autre) \_\_\_\_\_

Personne-ressource \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) \_\_\_\_\_

(travail) \_\_\_\_\_

École \_\_\_\_\_

## Demande de services/ de consultation

Équipe « Adultes »	Équipe pédiatrique	Services des aides techniques	Services spécialisés	Équipe spécialisée d'autisme
<input type="checkbox"/> Diététique clinique <input type="checkbox"/> Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiatrie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Récréothérapie <input type="checkbox"/> Travail social <input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Diététique clinique <input type="checkbox"/> Éducation <input type="checkbox"/> Neuropsychologie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiatrie <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Travail social	<input type="checkbox"/> Évaluation de la conduite automobile <input type="checkbox"/> Consultation pour modification de véhicule <input type="checkbox"/> Suppléance à la communication <input type="checkbox"/> Accès à l'ordinateur <input type="checkbox"/> Contrôle de l'environnement <input type="checkbox"/> Positionnement et mobilité	<input type="checkbox"/> Clinique de gestion de la spasticité <input type="checkbox"/> Clinique d'alimentation (Pédiatrie) <input type="checkbox"/> Clinique neuromusculaire (Pédiatrie) <input type="checkbox"/> Clinique neuromusculaire (Adultes) <input type="checkbox"/> Clinique d'orthèses (Pédiatrie) <input type="checkbox"/> Clinique d'orthèses (Adultes) <input type="checkbox"/> Clinique : technologies de réadaptation <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Analyste en comportement <input type="checkbox"/> Diététique <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Othophonie

Diagnostic \_\_\_\_\_

*Des comptes-rendus médicaux/des thérapeutes, y compris les renseignements sur la nature, la durée et l'impact du problème, doivent accompagner la demande.*

Raison précise de la demande de consultation tertiaire

But(s)

1 \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Services thérapeutiques actuels (comprennent les services hospitaliers, les programmes extra-muraux, les traitements en cabinet privé, l'école, etc.)

Thérapeute/médecin	Discipline	Compte-rendu inclus	Organisation	N° de téléphone
	Médecin	<input type="checkbox"/>		
	Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>		
	Physiothérapeute	<input type="checkbox"/>		
	Diététiste	<input type="checkbox"/>		
	Orthophoniste	<input type="checkbox"/>		
	Travailleur social	<input type="checkbox"/>		
	Autre :	<input type="checkbox"/>		

 Personne qui demande le service \_\_\_\_\_  
 En caractères d'imprimerie N° de téléphone jj mm aa

 Médecin orienteur \_\_\_\_\_  
 Signature En caractères d'imprimerie ou en étampe jj mm aa

\*\*\* Toute demande de consultation incomplète sera retournée avant d'être acceptée. \*\*\*