

**GERIATRIC PSYCHIATRY COMMUNITY SERVICES OF OTTAWA**  
**REFERRAL FORM**

**DATE OF REFERRAL:**

**Client's Last Name:** \_\_\_\_\_ **Given Name:** \_\_\_\_\_ **Health Card Code** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_ **City/Province** \_\_\_\_\_ **Postal Code** \_\_\_\_\_

**Telephone No.** \_\_\_\_\_ **Date of Birth (day/mo/yr)** \_\_\_\_\_ **Marital Status** \_\_\_\_\_ **Language** \_\_\_\_\_ **Gender** \_\_\_\_\_

**Living Arrangements:**  Alone  Spouse  Other Relative  Friends  Residential  Other

**Contact Person's Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship** \_\_\_\_\_ **Home Telephone No.** \_\_\_\_\_ **Work Telephone No.** \_\_\_\_\_ **Cell No.** \_\_\_\_\_

**Who should be contacted for the appointment?**  Client or  Contact person

**Family Physician's Name:** \_\_\_\_\_ **Telephone No.** \_\_\_\_\_ **Fax No.** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_ **City/Province** \_\_\_\_\_ **Postal Code** \_\_\_\_\_

**Date Last Seen:** \_\_\_\_\_ **Client Aware of Referral?**  Yes  No

**Referral's Source:** (if other than family physician) \_\_\_\_\_ **Name/Agency** \_\_\_\_\_

**Telephone No.** \_\_\_\_\_ **MANDATORY Fax No.** \_\_\_\_\_

**Reason for Referral:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical History:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medications:** (Name/Dosage) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pharmacy Telephone No. :** \_\_\_\_\_

**Specialized Geriatric Services Involved:** \_\_\_\_\_

**Please enclose pertinent diagnostic investigations /assessment report (within last year)**

**THIS SECTION IS MANDATORY FOR ALL REFERRALS**

**Signature of Referring Physician:** \_\_\_\_\_ **Physician Billing No.:** \_\_\_\_\_

**Printed name of Referring Physician:** \_\_\_\_\_

**MAIL OR FAX TO:**

**75 Bruyère St, Suite 127 Y, Ottawa, Ontario, K1N 5C7**  
**Telephone: 613-562-9777 / Fax: 613-562-0259**

**SERVICES COMMUNAUTAIRES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE D'OTTAWA**  
**DEMANDE DE SERVICE**

**DATE DE LA DEMANDE:**

<b>Nom de famille du client:</b>	Prénom:	Carte santé	Code			
Adresse	Ville/province	Code postal				
N° téléphone	Date naissance (jr/mo/an)	État matrimonial	Langue	Sexe		
Condition de logement:	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Parenté	<input type="checkbox"/> Amis	<input type="checkbox"/> Résidence	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Personne contact:</b>	Lien avec le client	N° téléphone maison	N° téléphone travail	N° Cellulaire		
Qui joindre pour le rendez-vous?	<input type="checkbox"/> Client	ou	<input type="checkbox"/> Personne contact			
<b>Nom du médecin de famille :</b>	N° téléphone	<b><u>N° télécopieur</u></b>				
Adresse	Ville/province	Code postal				
Date de la dernière visite :	Client avisé de la demande?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
<b>Nom du requérant :</b> (si autre que le médecin de famille)	Nom/Agence					
N° téléphone	<b><u>N° télécopieur REQUIS</u></b>					

**Raison de la demande :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Médicaments :** (Nom/Dosage)

\_\_\_\_\_

**N° de téléphone de la pharmacie :**

**Services gériatriques spécialisés impliqués :**

**S'il vous plaît, annexer les tests diagnostiques/rapports d'évaluation pertinents (moins d'un an)**

**CETTE SECTION EST REQUISE POUR TOUTE DEMANDE DE SERVICE**

<b>Signature du médecin référant :</b> _____	<b>N° de facturation:</b> _____
<b>Nom du médecin référant en lettres moulées:</b> _____	

ENVOYER PAR LA POSTE  
OU PAR TÉLÉCOPIEUR :

**75 rue Bruyère, bureau 127 Y, Ottawa (Ontario) K1N 5C7**  
**Téléphone : 613-562-9777/Télec. : 613-562-0259**