

## FALLS CLINIC REFERRAL

*Une version française du formulaire se trouve sur la page suivante.*

### Requisitionner

Referred by:

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Patient

Patient Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

### REASON FOR REFERRAL:

Fall (1 or more)

Witnessed fall

Unsteady walk

Significant injury (ex.: fracture)

Dizziness

Other \_\_\_\_\_

#### Eligibility criteria:

- Age 65 or more
- Lives at home or in residence

#### Ineligibility criteria:

- Hospitalised patients
- Persons with memory problems and/or severe behaviour disorders

**Patient informed?**

Yes

No

\_\_\_\_\_  
Attending Clinician

\_\_\_\_\_  
Date

Send to:

**Unité de médecine familiale – Clinique de gériatrie**

713 Montréal Road, Local 1D114

Ottawa, Ontario K1K 0T2

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



81000395

Health record

5100514 (01\_19)

## CLINIQUE DES CHUTES DEMANDE DE CONSULTATION

*Veillez compléter les informations suivantes.*

### **Demandeur**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

### **Patient**

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### **RAISON DE LA CONSULTATION :**

Chute (1 ou à répétition)

Chute témoinnée

Instabilité à la marche

Blessure importante (ex.: fracture)

Vertige

Autre

\_\_\_\_\_

#### *Critères d'admissibilité :*

- âgé de 65 ans et plus
- demeure à la maison ou dans une résidence

#### *Critères d'inadmissibilité :*

- patients hospitalisés
- personnes avec troubles de mémoire et/ou de comportement sévères

**Patient avisé?**

Oui

Non

\_\_\_\_\_  
Signature clinicien traitant

\_\_\_\_\_  
Date

Faire parvenir à : **Unité de médecine familiale – Clinique de gériatrie**

713 chemin Montréal, Local 1D114

Ottawa, Ontario K1K 0T2

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



81000395

Dossier clinique

5100514 (01\_19)