

Note: An english version of this form is on the following page.

 Montfort Orthophonie Demande de consultation en provenance de l'externe CLINIQUE AMBULATOIRE (ADULTES SEULEMENT) SVP TÉLÉCOPIER AU 613-748-4991	Nom du patient :
	Prénom du patient :
	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
	Date de naissance JJ/MM/AAAA :
	Adresse :
	Téléphone du patient :
	Numéro de carte santé :
	Personne-ressource :
	Téléphone de la personne-ressource :
	Médecin de famille :
Nom et titre de la personne référente en lettres moulées	Numéro de téléphone référant : Numéro de télécopieur référant :

Cette demande est en lien avec : La déglutition La communication
Veuillez préciser s'il faut une étude vidéofluoroscopique (VFSS, ou gorgée barytée modifiée) : Oui

Veuillez mettre en pièce jointe l'historique médical et toute documentation pertinente

Difficulté(s) à avaler (SVP, cochez tout ce qui s'applique) :		
<input type="checkbox"/> Perte de poids	<input type="checkbox"/> Difficulté à avaler les aliments	<input type="checkbox"/> Toux en mangeant
<input type="checkbox"/> Refus de nourriture(s)	<input type="checkbox"/> Difficulté à avaler les liquides	<input type="checkbox"/> Toux en buvant
<input type="checkbox"/> Refus de liquide(s)	<input type="checkbox"/> Sensation de blocage	<input type="checkbox"/> Diagnostic de Parkinson
Veuillez SVP ajouter d'autres informations pertinentes telles que le début, la sévérité, les services déjà consultés, etc. :		

Difficulté(s) à communiquer (SVP, cochez tout ce qui s'applique) :		
<input type="checkbox"/> Aphasie (langage)	<input type="checkbox"/> Dysarthrie (parole)	<input type="checkbox"/> Apraxie (parole)
<input type="checkbox"/> Troubles cognitivo-linguistiques	<input type="checkbox"/> Toux chronique	<input type="checkbox"/> Diagnostic de Parkinson
<input type="checkbox"/> Traducteur requis	<input type="checkbox"/> Langue de choix : français	<input type="checkbox"/> Langue de choix : anglais
Veuillez SVP ajouter d'autres informations pertinentes telles que le début, la sévérité, les services déjà consultés, etc. :		

***Signature du médecin ou infirmier(ère) praticien(ne) obligatoire :**

Signature : _____ Date : (JJ/MM/AAAA) : _____

*Veuillez noter qu'en signant cette demande de consultation, vous consentez qu'une vidéofluoroscopie soit complétée si indiquée par l'évaluation clinique. Les évaluations cliniques prennent place au Carrefour santé Aline-Chrétien à Orléans tandis que les VFSS sont complétées à l'Hôpital Montfort sur le chemin Montréal.

Nous tentons de voir chaque patient le plus rapidement possible. Veuillez être conscient(e) qu'il y a un délai d'attente en raison du nombre élevé de demandes reçues. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli afin d'éviter un délai supplémentaire.



5100495 (10/23)

DOSSIER CLINIQUE / HEALTH RECORD



Montfort
Speech-Language Pathology
Consultation Request
AMBULATORY CLINIC
(ADULTS ONLY)
PLEASE FAX REFERRAL TO
613-748-4991

Patient Last Name:
Patient First Name:
Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Date of Birth (DD/MM/YYYY) :
Address:
Patient Telephone:
Health Card no:
Contact Person/Relationship:
Contact Telephone:
Family Physician:
Referral source (name and title), please print:
Referral source phone number:
Referral source fax number:

This request is for the following problem(s): Swallowing Communication
Please specify if you are requesting a videofluoroscopic swallow study (aka modified barium swallow): Yes

Please attach past medical history and all relevant documentation

Difficulty swallowing (please check all those that apply):		
<input type="checkbox"/> Weight loss	<input type="checkbox"/> Difficulty swallowing solids	<input type="checkbox"/> Coughing when eating
<input type="checkbox"/> Refusing to eat	<input type="checkbox"/> Difficulty swallowing liquids	<input type="checkbox"/> Coughing when drinking
<input type="checkbox"/> Refusing to drink	<input type="checkbox"/> Feeling of food getting stuck	<input type="checkbox"/> Parkinson's disease diagnosis
Please add information such as onset, duration, severity, prior services, etc.:		

Difficulty Communicating (please check all those that apply):		
<input type="checkbox"/> Aphasia (language)	<input type="checkbox"/> Dysarthria (speech)	<input type="checkbox"/> Apraxia (speech)
<input type="checkbox"/> Cognitive-linguistic problems	<input type="checkbox"/> Chronic cough	<input type="checkbox"/> Parkinson's disease diagnosis
<input type="checkbox"/> Translator required	<input type="checkbox"/> Primary language: English	<input type="checkbox"/> Primary language: French
Please add information such as onset, duration, severity, prior services, etc.:		

*Physician or Nurse Practitioner signature required:
Signature: _____ Date: (DD/MM/YYYY): _____
*Please note that by signing this referral, you are also consenting to a Videofluoroscopic Swallowing Study if indicated by clinical exam. Clinical exams take place at the Orleans Health Hub on Mer-Bleue Rd, while VFSS take place at Hôpital Montfort on Montreal Rd.

We try to see each patient in a timely manner. Please be aware that there is a long waitlist due to the high number of referrals received. Failure to complete and return the referral form may result in a longer delay.

