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

Montfort **Speech-Language Pathology Consultation Request** **AMBULATORY CLINIC (ADULTS ONLY) PLEASE FAX REFERRAL TO 613-748-4991**	Patient Last Name: Patient First Name: Sex: □ M □ F □ 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 <u>all</u> relevant documentation***

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

Difficulty Communicating (please check all those that apply):		
☐ Aphasia (language)	☐ Dysarthria (speech)	☐ Apraxia (speech)
☐ Cognitive-linguistic problems	☐ Chronic cough	☐ Parkinson's disease diagnosis
☐ Translator required	☐ Primary language: English	☐ 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.

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 : □ M □ F □ 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 <u>toute</u> documentation pertinente***

Difficulté(s) à avaler (SVP, cochez tout ce qui s'applique) :		
☐ Perte de poids	☐ Difficulté à avaler les aliments	☐ Toux en mangeant
☐ Refus de nourriture(s)	☐ Difficulté à avaler les liquides	☐ Toux en buvant
☐ Refus de liquide(s)	☐ Sensation de blocage	☐ 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) :		
☐ Aphasie (langage)	☐ Dysarthrie (parole)	☐ Apraxie (parole)
☐ Troubles cognitivo-linguistiques	☐ Toux chronique	☐ Diagnostic de Parkinson
☐ Traducteur requis	☐ Langue de choix : français	☐ 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.