



OUTPATIENT REFERRAL
DEMANDE DE CONSULTATION
POUR LA CLINIQUE EXTERNE
Rehabilitation-Réadaptation

Tel: (613) 738-8208
Fax-Télé: (613) 738-8431
Email-Courriel : rivrehabdept@toh.on.ca

- PHYSIOTHERAPY-PHYSIOTHÉRAPIE Riverside Campus Riverside Orleans Satellite-Clinique satellite d'Orléans
- HAND THERAPY-THÉRAPIE DE LA MAIN Occupational Therapy-Ergothérapie Physiotherapy-Physiothérapie
- FELDENKRAIS

Surname-Nom de famille	Given name-Prénom
------------------------	-------------------

DOB-DDN (yyaa/mm/dj)	Health care no-No de carte santé
----------------------	----------------------------------

Address-Adresse	City-Ville	Postal code postal
-----------------	------------	--------------------

Tel.: Home-Domicile	Work-Travail	WSIB-CSPAAT : Claim no-N° de réclamation	Injury-Blessure (date)
---------------------	--------------	--	------------------------

Surgeon-Chirurgien	Family physician-Médecin de famille
--------------------	-------------------------------------

DIAGNOSIS/SURGERY/ONSET OF SYMPTOMS/RECENT INTERVENTIONS-DIAGNOSTIC/CHIRURGIE/APPARITION DES SYMPTÔMES/INTERVENTIONS RÉCENTES (DATE)

Precautions / Health status-État de santé / précautions, etc.

Reason(s) for referral-Raison(s) de la demande

Relevant X-ray, lab results-Radiographies, résultats de laboratoire pertinents	Date (yyaa/mm/dj)
--	-------------------

Next medical appointment date-Date du prochain rendez-vous:

Patient's preferred times of treatment-Heures de traitement préférées par le(la) patient(e):

Signature (Attending Physician/Delegate-Médecin traitant/Délégué)	Printed name-Nome en lettres moulées	Date (yyaa/mm/dj)
---	--------------------------------------	-------------------