



**OUTPATIENT PSYCHOSOCIAL  
ONCOLOGY PROGRAM REFERRAL  
DEMANDE DE CONSULTATION EXTERNE AU  
PROGRAMME D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE**

- Gen.-Gén.
- IG FCC

- Referral source-source de référence :
- Systemic-Systémique
  - Radiation-Radiothérapie
  - Hematology-Hématologie

- Preferred language-Langue préférée :
- English-Anglais
  - French-Français
  - Other-Autre :

**If required in less than 24 hours, please call the Intake Coordinator.**

**Si le patient doit obtenir une consultation en moins de 24 heures, appelez la coordonnatrice du programme.**

**Telephone-Téléphone : 70148**

**Fax-Télécopieur : 613-737-8331**

**Pager-Pagette : 613-239-6057**

**Cellphone-Cellulaire : 613-447-9176**

**Email-Courriel : PSOPintakecoordinator@toh.ca**

**Complete electronically and send by email or fax-Complétez par voie électronique et envoyé par Courriel ou par fax**

Details of treatment plan-Type de traitement :

- Curative-Curatif
- Palliative-Palliatif
- Follow-up-Suivi

Person to be seen-Personne à évaluer :

- Patient
- Caregiver/family member-Aidant naturel/membre de la famille

**DIAGNOSIS-DIAGNOSTIC :** \_\_\_\_\_

**Reason for intake and relevant clinical issues-Motifs de l'évaluation et problèmes cliniques pertinents :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If applicable-Si applicable : Height-Taille : \_\_\_\_\_ Actual weight-Poids actuel : \_\_\_\_\_

Unwanted weight loss and timeframe-Perte de poids non désirée et lapse de temps : \_\_\_\_\_

Is the patient aware of the referral?-Est-ce que le patient est conscient de la demande de consultation ?  Yes-Oui  No-Non

Consults to-Demandes de consultation pour :

- Social Work-Travail social
- Speech-Language Pathology/Dysphagia-Orthophonie/Dysphagie
- Psychology-Psychologie
- Dietitian-Diététiste
- Psychiatry-Psychiatrie
- Physiotherapy-Physiothérapie
- Past psychiatric history (depression, anxiety, etc.) - Antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, etc.)

Referred by-Référé par (print name -Nom en lettres moulées)	Signature	Title-Titre	Date (yyaa/mm/dj)