



**REFERRAL  
Cancer Centre**

**Phone inquiry:**

**Local: 613-247-3525**

**Toll Free: 1-888-627-5206**

**Referral by fax:**

**Local: 613-247-3516**

**Toll Free: 1-888-627-5346**

Date (yyyy/mm/dd) / /		MRN	Last name		First name		Initials
Address				City	Province	Postal Code	
DOB (yyyy/mm/dd) / /	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Health card	Version	expiry	Phone Home	Work	ext. Cell
Contact person			Home	Work	ext.	Cell	
Patient location: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Nursing Home		Does patient have an infectious disease (MRSA/VRE/TB)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (specify): _____		Is patient aware of diagnosis? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (specify): _____			
Referring physician		Phone: _____ Fax: _____		Family physician:		Phone: _____ Fax: _____	
Specific Oncologist? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (specify): _____							
<b>Requested service(s)</b> <input type="checkbox"/> Medical Oncology <input type="checkbox"/> Radiation Oncology <input type="checkbox"/> Surgical/Gyne Oncology <input type="checkbox"/> Palliative Care		<b>Does the patient have special needs?</b> Interpreter? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (specify): _____ Arrives by ambulance <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other comments for booking: Further surgery scheduled? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (specify): _____				<b>Reason for referral</b> <input type="checkbox"/> Consideration of treatment <input type="checkbox"/> Re-referral for same primary <input type="checkbox"/> Take over care from:	
<b>Primary site</b> <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Skin (non-melanoma) <input type="checkbox"/> Central Nervous System <input type="checkbox"/> Other:		<input type="checkbox"/> Lung <input type="checkbox"/> Genito-urinary <input type="checkbox"/> Gynecology	<input type="checkbox"/> Head and Neck <input type="checkbox"/> Lymphoma <input type="checkbox"/> Unknown Primary	<input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Hematology	<input type="checkbox"/> Breast: Invasive Carcinoma <input type="checkbox"/> Breast: Metastatic <input type="checkbox"/> Breast: Locally advanced <input type="checkbox"/> Breast: Ductal carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Breast: Inflammatory		
<b>Reason for referral and diagnosis</b>							
MT Meditech Viewer				MT Meditech Viewer			
<b>Reports/Records</b>	<b>Attached</b>	<b>OACIS/MT</b>	<b>Date/Facility</b>	<b>Reports/Records</b>	<b>Attached</b>	<b>OACIS/MT</b>	<b>Date/Facility</b>
<b>Pathology</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Medical Imaging</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Surgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Echo/LV Gated/MUGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ER/PR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Chest X-Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HER 2/NEU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ultrasound	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Core biopsy/Fine needle aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	CAT Scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
FISH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mammogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Blood work/Lab</b>				MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bone Scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Other</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CA-125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
<b>Previous Cancer Treatment reports</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Operative Report</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> I acknowledge that this patient remains under my care until seen by oncologist at TOH							
Referring Physician's printed name				Signature		Date (yyyy/mm/dd)	



**DEMANDE DE CONSULTATION**  
**Centre de cancérologie**

**Demande par téléphone :**  
**Local : 613-247-3525**  
**Sans frais : 1-888-627-5206**

**Demande par télécopieur :**  
**Local : 613-247-3516**  
**Sans frais : 1-888-627-5346**

Date (aaaa/mm/jj) / /		No de dossier		Nom		Prénom		Initiales			
Adresse				Ville		Province		Code postal			
DDN (aaaa/mm/jj) / /		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Carte santé	Version expiration	Téléphone Maison		Travail	ext.	Cellulaire		
Personne ressource			Maison		Travail		poste	Cellulaire			
Résidence : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Maison de retraite		Le patient a-t-il une maladie infectieuse? (SARM/ERV/TB)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____									
		Patient au courant du diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (préciser) :									
Médecin traitant		Tél. : _____ Télec. : _____		Médecin de famille		Tél. : _____ Télec. : _____		Oncologue assigné? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) :			
<b>Service(s) demandé(s)</b> <input type="checkbox"/> Oncologie médicale <input type="checkbox"/> Radio-oncologie <input type="checkbox"/> Oncologie gynécol./chirurg. <input type="checkbox"/> Soins palliatifs		<b>Le patient a-t-il des besoins spéciaux?</b> Interprète? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____ Arrivée par ambulance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres renseignements utiles pour le rendez-vous : _____ Autre chirurgie prévue? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (préciser) :				<b>Raison de la demande de consultation</b> <input type="checkbox"/> Traitement envisagé <input type="checkbox"/> Référé de nouveau pour même cancer <input type="checkbox"/> Soins repris de :					
<b>Type de cancer</b> <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Peau (pas mélanome) <input type="checkbox"/> Système nerveux central <input type="checkbox"/> Autre :				<input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Génito-urinaire <input type="checkbox"/> Gynécologie		<input type="checkbox"/> Tête et cou <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Non connu		<input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> Hématologie		<input type="checkbox"/> Sein : Carcinome infiltrant <input type="checkbox"/> Sein : Métastatique <input type="checkbox"/> Sein : Localisé et avancé <input type="checkbox"/> Sein : Carcinome canalaire in situ <input type="checkbox"/> Sein : Inflammatoire	
<b>Raison de la demande de consultation et du diagnostic</b>											
MT Meditech Viewer											
<b>Rapports/Dossiers</b>		<b>Joint</b>		<b>OACIS/MT</b>		<b>Date/De</b>					
<b>Pathologie</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Biopsie chirurgicale		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
ER/PR		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
HER 2/NEU		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Biopsie au trocart/Aspiration à aiguille fine		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
FISH		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
<b>Analyses sanguines/de laboratoire</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
PSA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
CEA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
CA-125		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
<b>Rapports de traitements contre le cancer précédents</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
MT Meditech Viewer											
<b>Rapports/Dossiers</b>		<b>Joint</b>		<b>OACIS/MT</b>		<b>Date/De</b>					
<b>Imagerie médicale</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Écho/LV Gated/MUGA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Radiographie thoracique		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Échographie		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
CAT Scan		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Mammographie		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
IRM		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
Scintigraphie osseuse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
<b>Autre</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
<b>Rapport de chirurgie</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____					
<input type="checkbox"/> Je reconnais que je continuerai de suivre ce patient jusqu'à ce qu'il consulte un oncologue de l'Hôpital.											
Nom du médecin traitant en lettres moulée				Signature				Date (aaaa/mm/dj)			