



The Ottawa Hospital
L'Hôpital d'Ottawa

CIVIC CAMPUS, B-MAIN
1053 CARLING AVE.
OTTAWA, ONTARIO K1Y 4E9
PHONE: 613-761-4084
FAX: 613-761-5134

**CONSULTATION REQUEST
DEMANDE DE CONSULTATION**
DIVISION OF DENTISTRY AND ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY
DIVISION DE DENTISTERIE ET DE CHIRURGIE ORALE ET MAXILLO-FACIALE

Referring Physician-Référé par (DDS MD Other-Autre)		Phone no.-N° de téléphone			
Patient's name-Nom du patient		Date of birth-Date de naissance			
Address-Adresse	City-Ville	Province Postal Code Postal Tel.: Home-Domicile Business-Travail			
REASON FOR REFERRAL-RAISON DE LA RÉFÉRENCE					
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Oral Surgery Chirurgie orale <input type="checkbox"/> Oral Medicine/Pathology Médecine/pathologie orale <input type="checkbox"/> Prosthodontics Prosthodontie <input type="checkbox"/> Cancer Patient Patient(e) cancéreux(se) <input type="checkbox"/> General Dentistry for Medically Compromised-Dentisterie générale pour les personnes affaiblies sur le plan médical <input type="checkbox"/> Alzheimer's or Long Term Care Patient(e) atteint(e) d'Alzheimer ou en soins de longue durée <input type="checkbox"/> Dentistry for Physically or Mentally Challenged-Dentisterie pour les personnes aux prises avec des difficultés physiques ou mentales </td> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Periodontics Périodontie <input type="checkbox"/> Endodontics Endodontie <input type="checkbox"/> TMD TTM <input type="checkbox"/> Heart Patient Patient(e) souffrant de maladie cardiaque </td> <td style="width:33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Trauma Traumatologie <input type="checkbox"/> Dental Phobia Phobie dentaire <input type="checkbox"/> Local Anesthesia Allergy Allergie à l'anesthésie locale <input type="checkbox"/> General Anesthesia or Sedation Anesthésie générale ou sédation </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral Surgery Chirurgie orale <input type="checkbox"/> Oral Medicine/Pathology Médecine/pathologie orale <input type="checkbox"/> Prosthodontics Prosthodontie <input type="checkbox"/> Cancer Patient Patient(e) cancéreux(se) <input type="checkbox"/> General Dentistry for Medically Compromised-Dentisterie générale pour les personnes affaiblies sur le plan médical <input type="checkbox"/> Alzheimer's or Long Term Care Patient(e) atteint(e) d'Alzheimer ou en soins de longue durée <input type="checkbox"/> Dentistry for Physically or Mentally Challenged-Dentisterie pour les personnes aux prises avec des difficultés physiques ou mentales	<input type="checkbox"/> Periodontics Périodontie <input type="checkbox"/> Endodontics Endodontie <input type="checkbox"/> TMD TTM <input type="checkbox"/> Heart Patient Patient(e) souffrant de maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Trauma Traumatologie <input type="checkbox"/> Dental Phobia Phobie dentaire <input type="checkbox"/> Local Anesthesia Allergy Allergie à l'anesthésie locale <input type="checkbox"/> General Anesthesia or Sedation Anesthésie générale ou sédation
<input type="checkbox"/> Oral Surgery Chirurgie orale <input type="checkbox"/> Oral Medicine/Pathology Médecine/pathologie orale <input type="checkbox"/> Prosthodontics Prosthodontie <input type="checkbox"/> Cancer Patient Patient(e) cancéreux(se) <input type="checkbox"/> General Dentistry for Medically Compromised-Dentisterie générale pour les personnes affaiblies sur le plan médical <input type="checkbox"/> Alzheimer's or Long Term Care Patient(e) atteint(e) d'Alzheimer ou en soins de longue durée <input type="checkbox"/> Dentistry for Physically or Mentally Challenged-Dentisterie pour les personnes aux prises avec des difficultés physiques ou mentales	<input type="checkbox"/> Periodontics Périodontie <input type="checkbox"/> Endodontics Endodontie <input type="checkbox"/> TMD TTM <input type="checkbox"/> Heart Patient Patient(e) souffrant de maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Trauma Traumatologie <input type="checkbox"/> Dental Phobia Phobie dentaire <input type="checkbox"/> Local Anesthesia Allergy Allergie à l'anesthésie locale <input type="checkbox"/> General Anesthesia or Sedation Anesthésie générale ou sédation			
RADIOGRAPHS-RADIOGRAPHIES : <input type="checkbox"/> Enclosed-Incluses <input type="checkbox"/> Given to patient-Données au patient <input type="checkbox"/> None-Aucune					
Signature (Physician-Médecin)	Printed name-Nom imprimé	Date (dj/mm/ya)			