



The Ottawa Hospital  
L'Hôpital d'Ottawa  
RIVERSIDE

Tel: (613) 738-8208  
Fax-Télé: (613) 738-8431

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

- PHYSIOTHERAPY-PHYSIOTHÉRAPIE**  
 **OCCUPATIONAL THERAPY-ERGOTHÉRAPIE**

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

Address-Adresse \_\_\_\_\_ Street-Rue \_\_\_\_\_ City-Ville \_\_\_\_\_ Postal code postal \_\_\_\_\_ Tel.: Home-Domicile \_\_\_\_\_ Work-Travail \_\_\_\_\_

DOB-DDN (yyaa/mm/dj) \_\_\_\_\_ Health care no-N° de carte santé \_\_\_\_\_ WSIB info liée à la CSPAAT \_\_\_\_\_ Claim no-N° de réclamation \_\_\_\_\_ Injury-Blessure (date) \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

**PATIENT'S PREFERRED LOCATION-EMPLACEMENT PRÉFÉRÉ PAR LE(LA) PATIENT(E)**

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>HAND THERAPY-THÉRAPIE DE LA MAIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Riverside Campus Riverside</p> <p><input type="checkbox"/> Occupational Therapy-Ergothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Physiotherapy-Physiothérapie</p> | <p><b>PHYSIOTHERAPY-PHYSIOTHÉRAPIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Riverside Campus Riverside</p> <p><input type="checkbox"/> Orleans Satellite-Clinique satellite d'Orléans</p> <p><input type="checkbox"/> Carlington Community Clinic-Clinique communautaire Carlington</p> <p><input type="checkbox"/> Centretown Community Clinic-Clinique communautaire du centre-ville</p> <p><input type="checkbox"/> Somerset West Community Clinic-Clinique communautaire Somerset ouest</p> |
|--|--|

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