



### OUTPATIENT PSYCHOSOCIAL ONCOLOGY PROGRAM REFERRAL

### DEMANDE DE CONSULTATION EXTERNE AU PROGRAMME D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE

Referring physician-Médecin traitant :  Systemic-Systémique  
 Radiation-Radiothérapie  
 Hematology-Hématologie

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

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

**Si le patient doit obtenir une consultation en moins de 24 heures, communiquez avec la coordonnatrice du programme.**  
**Telephone-Téléphone : 70148 Fax-Télécopieur : 613-737-8331 Pager-Pagette : 613-239-6057**

**A COMPLETED ATTACHED COPY OF THE EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE (ESAS) SCORES IS MANDATORY.**  
**UNE COPIE REMPLIE ANNEXÉE DES SCORES À L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON EST OBLIGATOIRE.**

Details of treatment plan-Type de traitement :

Curative-Curatif  Palliative-Palliatif  Follow-up-Suivi

Person to be seen-Personne à évaluer :

Patient  Family member-Membre de la famille  Other-Autre : \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Action taken as a result of ESAS score-Mesures résultant du score à l'échelle d'Edmonton :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

Does patient have private insurance?-Le patient a-t-il une assurance privée?  Yes-Oui  No-Non

Consults to-Demandes de consultation pour :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Social Work-Travail social   | <input type="checkbox"/> Dietitian-Diététiste  |
| <input type="checkbox"/> Psychology-Psychologie   | <input type="checkbox"/> Occupational Therapy-Ergothérapie   |
| <input type="checkbox"/> Psychiatry-Psychiatrie   | <input type="checkbox"/> Physiotherapy-Physiothérapie  |
| <input type="checkbox"/> Past psychiatric history (depression, anxiety, etc.)<br>Antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, etc.) | <input type="checkbox"/> Kinesiologist-Kinésiologue<br>(Fitness Centre-Centre de conditionnement physique) |
| <input type="checkbox"/> Speech-Language Pathology/Dysphagia<br>Orthophonie/Dysphagie   | <input type="checkbox"/> Other-Autre : _____   |

Received by-Reçu par	Date (yyaa/mm/dj)	Appointment-Rendez-vous Date : _____ Time-Heure : _____	
Referred by-Référé par	Print name-Nom en lettres moulées	Title-Titre	Date (yyaa/mm/dj)
Physician-Médecin	Print name-Nom en lettres moulées	Date (yyaa/mm/dj)	Time-Heure