The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa
RIVERSIDE

OUTPATIENT REFERRAL

DEMANDE DE CONSULTATION POUR LA CLINIQUE EXTERNE

Rehabilitation-Réadaptation

Tel: (613) 738-8208
Fax-Télé: (613) 738-8431
Email-Courriel : rivrehabdept@toh.on.ca

❑ PHYSIOTHERAPY-PHYSIOTHÉRAPIE ❑ Riverside Campus Riverside ❑ Orleans Satellite-Clinique satellite d'Orléans

❑ HAND THERAPY-THÉRAPIE DE LA MAIN ❑ Occupational Therapy-Ergothérapie ❑ Physiotherapy-Physiothérapie

❑ FELDENKRAIS

Surname-Nom de famille	Given name-Prénom

DOB-DDN (yyaa/mm/dj)	Health care no-Nº de carte santé

Address-Adresse	City-Ville	Postal code postal

Tel.: Home-Domicile	Work-Travail	WSIB-CSPAAT : Claim no-Nº de réclamation	Injury-Blessure (date)

Surgeon-Chirurgien	Family physician-Médecin de famille

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):

Signature (Attending Physician/Delegate-Médecin traitant/Délégué)	**Printed name-Nome en lettres moulées**	**Date (yyaa/mm/dj)**

© The Ottawa Hospital-L'Hôpital d'Ottawa