



The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

UROGYNECOLOGY REFERRAL DEMANDE DE CONSULTATION D'UROGYNÉCOLOGIE

Shirley E. Greenberg Women's Health Centre
Centre de santé des femmes Shirley E. Greenberg
1967 prom. Riverside Drive, Ottawa, On K1H 7W9
Tel.-Tél. : 613-738-8400 ext.-poste 81722
Please fax to-Veuillez télécopier à : 613-738-8524

Date Referral-Demande :

Date Received-Réception :

Reason for referral-Raison de la demande :

Urinary incontinence-Incontinence urinaire

Pelvic organ prolapse-Prolapsus pelvien

Other-Autre : _____

History/Other details-Antécédents et autres autres renseignements pertinents

Medications-Médicaments

Allergies

Mobility-Mobilité

Need for prophylactic antibiotics-Besoin d'antibiotiques à action préventive

To be ordered by referring physician-prescrits par le médecin traitant

Other consultation reports-Autres rapports de consultation

Special needs or requirements-Besoins spéciaux ou exigences

Referring Physician Printed name-Nom en lettres moulées

Signature

Date (yyaa/mm/dj)

Time-Heure

Telephone-Téléphone :

Fax-Télécopieur :