

## Referral Form - Adult Services

**\*The Interprofessional Clinic is a teaching clinic. As such, most services are offered or observed by students under the supervision of a clinical educator.**

### Client's Personal Information

First name	Last name	Date of birth (dd/mm/yyyy)	Age	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other
Address	Apt.	City	Province	Postal Code
Preferred Pronouns				
Primary phone #	Secondary phone #	Languages spoken <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other (specify)		
Communicates <input type="checkbox"/> verbally <input type="checkbox"/> using a communication tool <input type="checkbox"/> using gestures <input type="checkbox"/> someone responds for him/her				
Mobility <input type="checkbox"/> without assistance <input type="checkbox"/> with cane <input type="checkbox"/> with walker <input type="checkbox"/> wheelchair			Falls in last month: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Is able to come to the clinic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			If yes, how many?	
Diagnosis or medical condition(s)		Insurance Coverage: <input type="checkbox"/> HCAI <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> Third Party If Third Party, please specify:		
Referral source (How did you hear about the clinic?) <input type="checkbox"/> Medical Referral <input type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/> Word of Mouth <input type="checkbox"/> Other:				

### Substitute-Decision Maker (if applicable)

First name	Last name	Relationship to client
Telephone # to book appointments		Preferred language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French

### Reason for Referral

<b>The client shows difficulties with (select all that apply)</b>
Completing daily activities: <input type="checkbox"/> Personal care (hygiene, dressing, meals) <input type="checkbox"/> Household tasks/work/volunteering <input type="checkbox"/> Hobbies
Listening and understanding/comprehension: <input type="checkbox"/> Following conversation in noisy environments <input type="checkbox"/> Feels that others mumble <input type="checkbox"/> Following instructions <input type="checkbox"/> Experiences buzzing/whistling in the ears
Speaking: <input type="checkbox"/> Difficulty finding words <input type="checkbox"/> Change in vocal quality (hoarse/soft voice) <input type="checkbox"/> Clarity of speech
Writing: <input type="checkbox"/> Holding a pen <input type="checkbox"/> Tremors <input type="checkbox"/> Difficulty finding ideas <input type="checkbox"/> Reading (understanding written material)
Physical aspects: <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Balance <input type="checkbox"/> Strength <input type="checkbox"/> Stairs <input type="checkbox"/> Return to sport <input type="checkbox"/> Getting out of bed or chair <input type="checkbox"/> Pain (if so, where? _____)
Other: <input type="checkbox"/> Concentration/attention <input type="checkbox"/> Retaining information <input type="checkbox"/> Swallowing/eating/drinking

### Other Rehabilitation Services (please specify)

Previous:
Current:
Waitlist:

### Family Doctor

First & Last Name
Address
Telephone #

### Referring Healthcare Provider

First & Last Name
Address
Telephone #

**Formulaire de référence – Services Adultes**

\* La Clinique interprofessionnelle est une clinique d'apprentissage. La plupart des services sont offerts ou observés par des étudiants sous la supervision d'un éducateur-clinicien.

**Informations personnelles du client ou de la cliente**

Prénom	Nom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre
Adresse	App.	Ville	Province	Code postal
No. de téléphone primaire	No. de téléphone secondaire	Langue(s) parlée(s) <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (précisez)		
Communique : <input type="checkbox"/> verbalement <input type="checkbox"/> avec outils de communication <input type="checkbox"/> avec gestes <input type="checkbox"/> quelqu'un répond pour lui/ elle				
Mobilité : <input type="checkbox"/> se déplace sans aide <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> marchette <input type="checkbox"/> fauteuil roulant			Chute dans le dernier mois? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Est capable de se rendre à la Clinique? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Si oui, combien?	
Diagnostics ou conditions médicales		Couverture d'assurance : <input type="checkbox"/> HCAI <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> Aux tiers Si assurance aux tiers, s.v.p. précisez :		
Référence (qui vous a parlé de la Clinique?) <input type="checkbox"/> Référence médicale <input type="checkbox"/> En ligne <input type="checkbox"/> Bouche-à-oreille <input type="checkbox"/> Autre :				

**Mandataire**

Prénom	Nom	Lien avec le/ la client(e)
No. de téléphone pour prendre les rendez-vous		Langue de préférence <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais

**Raison de la référence**

<b>Le/la client(e) éprouve de la difficulté avec (cochez ceux qui s'appliquent)</b>
La routine quotidienne : <input type="checkbox"/> Soins personnels (hygiène, habillement, repas) <input type="checkbox"/> Travail/ bénévolat/ faire le ménage <input type="checkbox"/> Loisirs
Entendre et comprendre : <input type="checkbox"/> Suivre des conversations dans le bruit <input type="checkbox"/> Remarque que les gens marmonnent <input type="checkbox"/> Suivre des consignes <input type="checkbox"/> Bourdonnements/ sifflements dans les oreilles
Parler : <input type="checkbox"/> Trouver ses mots <input type="checkbox"/> Changement de la qualité de la voix <input type="checkbox"/> Clarté de la parole
Écrire : <input type="checkbox"/> Tenir un crayon <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Trouver ses idées <input type="checkbox"/> Lire (comprendre ce qui est écrit)
Composantes physiques : <input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Équilibre <input type="checkbox"/> Force <input type="checkbox"/> Retour aux sports <input type="checkbox"/> Sortir du lit ou d'une chaise <input type="checkbox"/> Douleur (si oui, où? _____)
Autres : <input type="checkbox"/> Se concentrer/ maintenir son attention <input type="checkbox"/> Retenir l'information <input type="checkbox"/> Avaler/ manger/ boire

**Autres services de réadaptation (s.v.p. précisez)**

Antérieurs :
Actuels :
En attente :

**Médecin de famille**

**Fournisseur de soins de santé référent**

Prénom et nom	Prénom et nom
Adresse	Adresse
# de téléphone	# de téléphone