



**DEMANDE DE SERVICES DE RÉADAPTATION**  
**(Patient hospitalisé et externe)**  
**REQUEST FOR REHABILITATION SERVICES**  
**(Inpatient and Outpatient)**  
 Services thérapeutiques | Therapeutic Services

Autocollant patient | Patient Label

DATE DE RÉCEPTION   DATE OF RECEPTION		TYPE DE PATIENT   TYPE OF PATIENT	
Reçu le   Received on:		<input type="checkbox"/> Hospitalisé   <i>Inpatient</i>	<input type="checkbox"/> Externe   <i>Outpatient</i>
TYPE DE SERVICE   TYPE OF SERVICE			
<input type="checkbox"/> <b>Physiothérapie   <i>Physiotherapy</i></b> Hospitalisé   <i>Inpatients</i> – Poste   <i>Extension</i> : 51906   Fax : 613-636-6214 Externe   <i>Outpatient</i> – Poste   <i>Extension</i> : 53601   Fax : 613-636-6160		<input type="checkbox"/> <b>Orthophonie   <i>Speech Pathology</i></b> <input type="checkbox"/> Dysphagie   <i>Dysphagia</i> <input type="checkbox"/> Communication	
<b>PART</b> Poste   <i>Extension</i> : 53603   Fax : 613-636-6160 <input type="checkbox"/> CSST (QC) <input type="checkbox"/> WSIB (ON) <input type="checkbox"/> Ass. privée   <i>Private ins.</i> <input type="checkbox"/> Auto   <i>MVA</i>		<input type="checkbox"/> <b>Ergothérapie   <i>Occupational therapy</i></b> Poste   <i>Extension</i> : 52107   Fax : 613-636-6174	
<input type="checkbox"/> <b>Clinique de réadaptation et de prévention cardiaques   <i>Cardiac Prevention and Rehabilitation Clinic</i></b>			Fax : 613-636-6210
Diagnostic et opérations   <i>Diagnosis and Surgical Procedures</i> :			
Précautions   <i>Precautions</i> :			
<input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Care Map			
RAISON(S) DE LA DEMANDE DE SERVICES DE RÉADAPTATION   REASON(S) FOR REHABILITATION SERVICES REQUEST			
PHYSIOTHÉRAPIE   <i>PHYSIOTHERAPY</i>		ERGOTHÉRAPIE   <i>OCCUPATIONAL THERAPY</i>	
<input type="checkbox"/> Maximiser la fonction respiratoire (sauf : épanchement pleural, œdème pulmonaire, hémoptysie, embolie pulmonaire, ICC) Optimize respiratory function (exclusions: pleural effusions, pulmonary edema, hemoptysis, pulmonary embolism, CHF)		<input type="checkbox"/> Équipement : fauteuil roulant, ajustement, accessoires Equipment: wheelchair, positioning, accessories	
<input type="checkbox"/> Évaluer la capacité fonctionnelle et formuler des recommandations à l'équipe Assess functional ability and provide recommendations to the team		<input type="checkbox"/> Changements de la cognition ou perception Changes with regards to cognition or perception	
<input type="checkbox"/> Améliorer la capacité fonctionnelle pour permettre au patient de recevoir son congé Improve functional ability for patient to achieve discharge		<input type="checkbox"/> Évaluation des AVQ/AVD (dont conduite automobile) ADL/IADL assessment (including driving a vehicle)	
<input type="checkbox"/> Évaluer les possibilités de réadaptation Assess potential rehabilitation		<input type="checkbox"/> Autres ou précisions : Other or precision:	
<input type="checkbox"/> Provide recommendations for community resources Formuler des recommandations aux ressources communautaires			
<input type="checkbox"/> Other (specify): Autre (précisez) :			
RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR PROCÉDER À L'ÉVALUATION   INFORMATION REQUIRED FOR THE ASSESSMENT TO BE INITIATED			
Mobilité de base (p. ex., autonome, besoin d'aide, aide à la marche à l'extérieur/à domicile, fauteuil roulant à l'extérieur/à domicile, etc.)   Baseline mobility (e.g. independent, assistance required, gait aid required indoors/outdoors, wheelchair required indoors/outdoors, etc.)			
Mobilité actuelle (p. ex., le patient a besoin d'aide pour procéder aux transferts, déambule, etc.)   Current mobility (e.g. patient requires assistance for transfers, is ambulating, etc.)			
Signature médecin ou infirmière praticienne (infirmier praticien)   Physician or Nurse Practitioner's signature			Date
À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ SUR RÉCEPTION DE LA DEMANDE   TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PRACTITIONER UPON RECEIPT OF REFERRAL			
<input type="checkbox"/> Remplissez les sections surlignées et retournez la demande au prestataire.   Complete highlighted sections and return referral to practitioner.			
<input type="checkbox"/> La demande ne rencontre pas les exigences énoncées dans la directive.   The request does not meet Guidelines' requirements.			
<input type="checkbox"/> Date de début de la réadaptation   Therapy was initiated on:			
Nom en lettres moulées   Printed name	Signature	Date	Heure   Time

