

DEMANDE DE SERVICE
Soins des pieds – Soins ambulatoires

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom: _____	Prénom : _____
DDN: _____	Téléphone : _____
Date: _____	Demandeur : _____

DIAGNOSTICS ADMISSIBLES POUR RECEVOIR DES SOINS DES PIEDS
(Le patient doit avoir reçu un diagnostic pour être admissible à des soins des pieds.)

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Diabète de type 1 | <input type="radio"/> Diabète de type 2 | <input type="radio"/> Pré-diabète |
|---|---|-----------------------------------|

CRITÈRES ACCEPTÉS POUR RECEVOIR DES SOINS DES PIEDS
(Combiné au diagnostic, le patient doit répondre à au moins un des critères suivants pour être en mesure de recevoir des soins.)

<input type="radio"/> Acrosyndrome	<input type="radio"/> Neuropathies diabétiques apparaissant sur au moins l'un des deux pieds
<input type="radio"/> Ulcères	<input type="radio"/> Ongle incarné
<input type="radio"/> Callosités	<input type="radio"/> Déviations importantes de la structure du pied
<input type="radio"/> Infection	<input type="radio"/> Onychomycose
<input type="radio"/> Ongles épais	<input type="radio"/> Ongle en pince (<i>involved nail</i>)

DESCRIPTION DE LA CONDITION

Signature du médecin, de l'infirmière praticienne ou de l'infirmière autorisée : _____

Veillez transmettre par télécopieur au 613-636-6201

À L'USAGE DE LA CLINIQUE DES SOINS DES PIEDS DE L'HGH

Date de réception :	
Demande acceptée <input type="checkbox"/>	Demande refusée <input type="checkbox"/>
Date :	Motif du refus :
Date du 1 ^{er} rendez-vous :	<input type="radio"/> Diagnostic inadmissible <input type="radio"/> Critère inacceptable
	<input type="radio"/> Autre motif :
	Date de la transmission :
Signature de la clinicienne :	

Cette communication est destinée à la personne ou l'organisation qui est visée par cette transmission. Elle contient des renseignements qui sont confidentiels et soumis aux droits d'auteur. Il est interdit d'utiliser, d'examiner ou de copier ce document, ou de divulguer les renseignements qu'il contient, et ce, à n'importe quelle fin. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, prière d'informer l'expéditeur immédiatement. Merci.



REFERRAL FOR SERVICES
Foot Care Clinic – Ambulatory Care Clinic

PATIENT INFORMATION

Surname: _____	Name: _____
DOB _____	Telephone: _____
Date: _____	Referred by: _____

ADMISSIBLE DIAGNOSTICS FOR FOOT CARE

(The patient must have one of the diagnostic mentioned below to be able to receive care.)

<input type="radio"/> Diabetes type 1	<input type="radio"/> Diabetes type 2	<input type="radio"/> Pre-diabetes
---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

ACCEPTED CRITERIA FOR FOOT CARE

(The patient must meet at least one criteria, combined with above diagnostic, to be able to receive care.)

<input type="radio"/> Peripheral vascular disease	<input type="radio"/> Diabetic neuropathies to at least one foot
<input type="radio"/> Ulcers	<input type="radio"/> Ingrown toe nail
<input type="radio"/> Calluses	<input type="radio"/> Significant structural deviations
<input type="radio"/> Infection	<input type="radio"/> Onychomycosis
<input type="radio"/> Thick nails	<input type="radio"/> Involuted nails

DESCRIPTION OF THE PROBLEM

Signature of physician, registered nurse or nurse practitioner: _____

Please Fax to 613-636-6201

FOR THE USE THE HGH FOOT CARE CLINIC ONLY

Received on: _____	
Referral accepted <input type="checkbox"/>	Referral refused <input type="checkbox"/>
Date: _____	Reason of refusal:
Date of 1 st appointment: _____	<input type="radio"/> Inadmissible diagnostic <input type="radio"/> Unacceptable criteria
	<input type="radio"/> Other reason:
	Date of transmission: _____

Signature of the clinician: _____

This communication is intended for the individual (or entity) to whom it is addressed, and contains information that is confidential and subject to copyright. Any unauthorized use, copying, review or disclosure of this document is prohibited. If received in error, please contact the sender immediately. Thank you.