



**OUTPATIENT PSYCHOSOCIAL
ONCOLOGY PROGRAM REFERRAL
DEMANDE DE CONSULTATION EXTERNE AU
PROGRAMME D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE**

- Gen.-Gén.
- IG FCC

- Referral source-source de référence :
- Systemic-Systémique
 - Radiation-Radiothérapie
 - Hematology-Hématologie

- Preferred language-Langue préférée :
- English-Anglais
 - French-Français
 - Other-Autre :

If required in less than 24 hours, please call the Intake Coordinator.

Si le patient doit obtenir une consultation en moins de 24 heures, appelez la coordonnatrice du programme.

Telephone-Téléphone : 70148

Fax-Télécopieur : 613-737-8331

Pager-Pagette : 613-239-6057

Cellphone-Cellulaire : 613-447-9176

Email-Courriel : PSOPintakecoordinator@toh.ca

Complete electronically and send by email or fax-Completez par voie électronique et envoyé par Courriel ou par fax

Details of treatment plan-Type de traitement :

- Curative-Curatif
- Palliative-Palliatif
- Follow-up-Suivi

Person to be seen-Personne à évaluer :

- Patient
- Caregiver/family member-Aidant naturel/membre de la famille

DIAGNOSIS-DIAGNOSTIC : _____

Reason for intake and relevant clinical issues-Motifs de l'évaluation et problèmes cliniques pertinents :

If applicable-Si applicable : Height-Taille : _____ Actual weight-Poids actuel : _____

Unwanted weight loss and timeframe-Perte de poids non désirée et lapse de temps : _____

Is the patient aware of the referral?-Est-ce que le patient est conscient de la demande de consultation ? Yes-Oui No-Non

Consults to-Demandes de consultation pour :

- Social Work-Travail social
- Speech-Language Pathology/Dysphagia-Orthophonie/Dysphagie
- Psychology-Psychologie
- Dietitian-Diététiste
- Psychiatry-Psychiatrie
- Physiotherapy-Physiothérapie
- Past psychiatric history (depression, anxiety, etc.) - Antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, etc.)

Referred by-Référé par (print name -Nom en lettres moulées)	Signature	Title-Titre	Date (yyaa/mm/dj)