Formulaire de demande de consultation — Services de réadaptation
Équipe pédiatrique — Neuromotricité et autisme

Centre de réadaptation Stan Cassidy

800, rue Priestman
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 0C7
Tél. : 506-452-5225
Téléc. : 506-452-5190

Langue de choix :

☐ Anglais ☐ Aucune préférence
☐ Français

☐ Consentement de la famille ou du patient obtenu (pour la demande de consultation)

Parent ou Guardien Signature :

_____

☐ 1re demande de consultation
☐ Demande de consultation renouvelée

Nom du patient : _____
(nom, prénom)

Adresse (domicile) : _____

_____

_____

Emplacement actuel du patient (domicile, hôpital, autre) :

_____

Personne-ressource : _____

Téléphone : (domicile) _____ (travail)_____

Nº d'ass.-maladie : _____ Expire le : _____

Date de naissance : _____ _____ _____
jj mm aa

École : _____

DIAGNOSTIC : Diagnostic neurologique particulier exigé (inclure IRM, tomodensitométrie et notes de consultation, s'il y a lieu) :

_____

MOTIF PARTICULIER DU RENVOI TERTIAIRE (Besoin complexe nécessitant l'intervention de multiples disciplines, notamment : médecin spécialiste, intensité, équipement spécialisé ou expertise non disponible dans la communauté). Veuillez décrire les stratégies et les interventions qui ont été mises en œuvre pour tenter de répondre au besoin du patient :

_____

_____

_____

_____

_____

THÉRAPIE ACTUELLE (peut comprendre : services hospitaliers, programme PSI pour enfants et jeunes, cabinets privés, école, etc.)
****Les services demandés DOIVENT ÊTRE EN PLACE dans la localité pour que la consultation puisse être fournie.**

Thérapeute ou médecin	Discipline	Au courant de la demande de consultation ou en a fait la demande?	La famille accepte-t-elle que cette personne soit contactée?
	Médecin de famille		
	Neurologue		
	Pédiatre		
	Chirurgien orthopédique		
	Ergothérapeute.		
	Physiothérapeute		
	Diététiste		
	Orthophoniste		
	Travailleur social		
	Enseignante-ressource		
	CESPA		

Demande de consultation formulée par : _____ _____ ____ ____ ____
Imprimer Téléphone jj mm aa

Médecin orienteur ou
Directeur du Soutien à l'éducation _____ _____ ____ ____ ____
Signature Imprimer ou estampiller jj mm aa
(pour les consultations en milieu scolaire a l'équipe spécialisée en autisme seulement)

***** Les demandes incomplètes ne seront pas acceptées et seront retournées pour être complétées.**