

# Demande de consultation – Services de Positionnement

## Centre de réadaptation Stan Cassidy



800, rue Priestman  
Fredericton, N.-B.  
E3B 0C7  
Tél. : 506-452-5411  
Télééc. : 506-452-5374

**Préférences de service (veuillez en cocher un) :**

- Ambulatoire (ou consultation externe)  
 Service d'approche

**Langue de choix :**

- Anglais  Aucune préférence  
 Français  Autre : \_\_\_\_\_

La famille ou le patient est au courant de la demande de consultation

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 : \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE SERVICES OU DE CONSULTATION EN Service de Positionnement :**

- Évaluation de positionnement  
 Mobilité manuelle  
 Mobilité motorisée

**DIAGNOSTIQUE :** \_\_\_\_\_

**Raison de l'orientation vers un service tertiaire:**

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBJECTIF(S) :**

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**THÉRAPIE ACTUELLE (ex. : services hospitaliers, PEM, consultation en cabinets privés, services en milieu scolaire, etc.)**

| Thérapeute ou médecin | Discipline | Rapport inclus           | Organisme | No de tél. |
|-----------------------|------------|--------------------------|-----------|------------|
|                       |            | <input type="checkbox"/> |           |            |
|                       |            | <input type="checkbox"/> |           |            |
|                       |            | <input type="checkbox"/> |           |            |
|                       |            | <input type="checkbox"/> |           |            |
|                       |            | <input type="checkbox"/> |           |            |
|                       |            | <input type="checkbox"/> |           |            |

Demande de consultation formulée par : \_\_\_\_\_  
Imprimer Téléphone jj mm aa

Médecin orienteur : \_\_\_\_\_  
Signature Imprimer ou timbre de signature jj mm aa

**\*\*\* Les demandes incomplètes seront retournées pour être complétées avant d'être acceptées.**