



Clinician to Clinician Consult Request

Pediatric Services

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation

Name _____

Date of Birth (Month/dd/yyyy) _____

Medicare _____

Expiry Date _____

For more information: www.stancassidy.ca

Please indicate which pediatric service you are requesting a consultation with:

☐ Neurodevelopmental Service

☐ Neuromotor Service

Consent is required from the child's guardian to proceed with this request.

Name of Parent/Legal Guardian	Date & time consent was confirmed

Name of person completing this consultation request		Organization
Email address	Current role with this child/youth	Date of previous consultation with SCCR (if applicable):
Diagnosis		
Address (home)	School	Grade

Please provide a complete list of everyone who is actively involved in the care of this individual (e.g. Occupational Therapist, APSEA, Social Worker, Education Support Teacher, etc.):

--

What is the clinical question you hope to have answered through this consultation?

--

What has been tried to address this concern/challenge?

--

Additional information or comments to support this request. Is there anything else you think we should know about this child/youth?

--

Please send completed request to peditricconsultSCCR@horizonnb.ca

Signature	Date	Time



Demande de consultation d'un clinicien à un autre

Services de pédiatrie

Centre de réadaptation Stan Cassidy

Nom _____

Date de naissance (mois/jj/aaaa) _____

N° d'assurance-maladie _____

Date d'expiration _____

Pour plus d'information : www.stancassidy.ca

Veuillez indiquer avec quel service pédiatrique vous souhaitez obtenir une consultation :

☐ Service de Neurodéveloppement Pédiatrique

☐ Service de Réadaptation Neuromotrice

Le consentement du tuteur légal de l'enfant est requis pour donner suite à la présente demande.

Nom du parent/tuteur légal

Date et heure de la confirmation du consentement

Nom de la personne qui remplit la présente demande de consultation

Organisation

Adresse courriel

Rôle actuel auprès de l'enfant ou du jeune

Date de la consultation précédente avec le CRSC (le cas échéant)

Diagnostic

Adresse (Domicile)

École

Niveau scolaire

Veuillez fournir la liste complète de toutes les personnes qui participent activement aux soins de cette personne (p. ex. ergothérapeute, représentant de la CESP, travailleur social, enseignant ressource, etc.) :

Quelle question clinique espérez-vous résoudre grâce à cette consultation?

Quelles pistes ont été essayées pour résoudre le problème en question?

Renseignements ou commentaires additionnels pour appuyer cette demande : Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de cet enfant ou de ce jeune?

Veuillez envoyer le formulaire de demande rempli à peditricconsultSCCR@horizonnb.ca

Signature

Date

Heure