



Hôpital gériatrique de jour Formulaire de référence

Téléphone : 613-932-3300 poste 2041 Télécopieur : 613-936-4682
Hôpital communautaire de Cornwall – 840 avenue McConnell
Quatrième étage est, Cornwall, ON K6H 5S5

Date de la référence (jj/mm/aa) : _____ N° de carte santé : _____

Nom du client/de la cliente : _____ Téléphone : _____

D.D.N. (jj/mm/aa) : _____ Âge : _____ M _____ F _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Langue préférée : français ___ anglais ___ autre (préciser) : _____

Personne-ressource (lien) : _____ Téléphone : _____

Préférence pour le contact initial : Patient(e) _____ Autre _____

Médecin de famille : _____

Gestionnaire de cas du CASC, s'il y a lieu : _____

Autres organismes communautaires participant aux soins (préciser) : _____

Raison pour la référence à l'Hôpital gériatrique de jour :

Bref profil médical : (Veuillez inclure des copies de tout diagnostic récent/sommaire de congé/
résultats de laboratoire)

Le client, la cliente ou la famille, sont-ils au courant de la référence à l'Hôpital gériatrique de jour? Oui ___ Non ___

Source de la référence: (en lettres moulées)

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Télécopier le formulaire rempli au 613-936-4682 avec toute documentation disponible