Rehabilitation Services Request
Paediatric Team - Neuromotor and Autism

Stan Cassidy Centre For Rehabilitation

800 Priestman Street
Fredericton, N.B.
E3B 0C7
Tel: (506) 452-5225
Fax: (506) 452-5190

Language Preferred:
☐ English ☐ No preference
☐ French

☐ **Family/patient consent to referral**

Signature:_____

☐ 1st Referral
☐ Re-Referral

Name of Patient: _____
(last name, first name)

Address (home): _____

_____

_____

Current client location (home, hospital, other):

_____

Contact person: _____

Telephone: (home) _____ (work) _____

Medicare: _____ Exp. Date: _____

Date of Birth: _____ _____ _____
dd mm yy

School: _____

DIAGNOSIS: (must have a specific Neurological diagnosis): Please include MRI, CT Scan, Consult Notes (if applicable):

_____

SPECIFIC REASON FOR TERTIARY REFERRAL (complex need requiring multi disciplines including Medical Specialist; intensity; specialized equipment; and/or expertise not available in the community): Please describe strategies / interventions that have been attempted to respond to the concern:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CURRENT THERAPY SERVICES (includes Hospital Services, ISD/Child and Youth Team, Private Practices, School, etc.)
***Local Services are REQUIRED in order to provide consultation**

Therapist/Physician	Discipline	Aware of Referral / Requesting Consult?	Consent from family to contact?
	Family Physician		
	Neurologist		
	Paediatrician		
	Orthopedic Surgeon		
	O.T.		
	P.T.		
	R.D.		
	SLP		
	S.W.		
	Resource Teacher		
	APSEA		

Person requesting Service: _____ _____ ____ ____ ____
Print Telephone # dd mm yy

Referring Physician / or Director of ESS _____ _____ ____ ____ ____
(for Autism Team school consultations only)
Signature Print or stamp name dd mm yy

***** Incomplete Referrals Will Be Returned For Completion Prior To Acceptance *****

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)
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.**