



Health Sciences North
Horizon Santé-Nord

Seating and Mobility Clinic Referral Form

Clinique de positionnement et de mobilité

Demande de service

Name: _____ **D.O.B.:** _____
Nom DDN

Telephone: _____ ext. _____ **Contact Person and Telephone (if other than client):** _____
Téléphone Personne Contact et Téléphone (si ce n'est pas le client):

Address: _____ **Health Card # :** _____
Adresse Carte de santé

Diagnosis: _____ **Alternate telephone #:** _____
Diagnostic Autre # de téléphone

Purpose of Assessment:

But de l'évaluation

- client has a new diagnosis/condition (client a un nouveau diagnostique ou condition médicale)
- client transferred/relocated from another area (client est transféré d'une autre région)
- client has/is at risk of skin breakdown (intégrité de la peau est à risque)
- seating/mobility system broken down (système de positionnement est délabré)
- seating/mobility system no longer meeting client's needs (système de positionnement ne rencontre pas les besoins du client)
- Other (Autres): _____

Rating of Urgency:

Niveau d'urgence

- Not Urgent (pas urgent) Moderately urgent (moyennement urgent) Very Urgent (très urgent)

Description of present wheelchair and seating system:

Description du fauteuil roulant et du système de positionnement actuel

Wheelchair (fauteuil roulant):

- None (aucun) Manual (manuel) Power (électrique)

Seating (système de positionnement):

- None (aucun) Pre-fabricated (modulaire) Custom (fait sur mesure)

Pertinent Medical Information:

Informations médicales pertinentes _____

Name of Referring Physician / Nom du médecin: _____

Address of Physician/ Adresse du médecin: _____

Signature of Physician / Signature du médecin

Date

Please send to / Envoyez à :

Seating and Mobility Clinic / Clinique de positionnement et de mobilité

Health Sciences North / Horizon Santé Nord

41, Chemin du lac Ramsey Lake Road Sudbury, (Ontario) P3E 5J1

Tel: (705) 523-7100 ext. 3162 Toll free / Sans frais 866-469-0822

Fax / Télécopieur (705) 523-7051