North East Specialized Geriatric Centre
Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est

SUDBURY SPECIALIZED GERIATRIC SERVICES REFERRAL FORM

FAX: 705-522-5079 PHONE: 705-523-7100 ext. 1261

Health Sciences North
Horizon Santé-Nord

This referral form is required to access North East Specialized Geriatric Centre (NESGC) Services. If you have a preferred service, please check the appropriate box. All information will be considered during triage and referrals will be triaged to the most appropriate service(s).

☐ **Geriatric Medicine Service**
☐ **Geriatric Mental Health Outreach Service**
☐ **Geriatric Outpatient Rehabilitation Service**
☐ **Behavioural Supports Outreach Service**

Please note NESGC only accepts referrals for individuals age 65 and over.

The following physicians may provide consultation as part of these services: **Geriatricians**-Dr.Jo-Anne Clarke, Dr. Dana Trafford (Manitoulin Island); **Care of the Elderly Physicians**-Dr. James Chau, Dr. Kaitlin Sheridan, Dr. Elizabeth Deveaux; **Psychiatry**-Dr. Kuppuswami Shivakumar, Dr. Lakyntiew Aulakh (Manitoulin Island)

☐ Physician consultation required ☐ Interdisciplinary intervention only (no physician consultation required)

CLIENT INFORMATION

Last Name:	First Name:	Gender:	Preferred Language:
Address:	Phone:	Age:	DOB dd/mm/yy:
Health Card:	Version:	Living Situation: ☐Lives Alone ☐With spouse/family ☐Long Term Care ☐Retirement Residence ☐Supportive Housing ☐Other	

ALTERNATE CONTACT INFORMATION

Please contact: ☐ Client ☐ Alternate Contact

Alternate Contact Name:	Relationship to Client:	Phone Number #1	Phone Number #2

Consent to referral obtained from: ☐ Client ☐ Alternate contact

REASON FOR REFERRAL *Please check all that apply*

Urgency will be considered during the triage process. If the patient does not meet the NESGC priority criteria, they will be seen as a non-urgent appointment. Please contact us if there is a change in condition.

☐Cognitive impairment	☐Identifiable risk to self/others	☐Parkinson's disease	☐Continence
☐Functional decline	☐Delusions/hallucinations	☐Medication management	☐Mobility
☐Suspected delirium	☐Responsive behaviours	☐Complex medical problems	☐Falls
☐Multiple presentations to acute care secondary to geriatric syndromes	☐Social Isolation	☐Unintended weight loss/gain	☐Swallowing
	☐Mood/depression/anxiety	☐Caregiver stress/fatigue	☐Communication
	☐Suicidal/homicidal ideation	☐Sleep problems	☐Other: _____

Details regarding reason for referral and relevant clinical history:

Do you feel that this is an urgent referral? ☐No ☐Yes Why?

Please attach the following (if available):
☐Related consult notes and investigations not populated in EMR

Does client have a valid driver's license? ☐Yes ☐No

Is client presently driving? ☐Yes ☐No

REFERRING SOURCE INFORMATION

Name *please print:*	Physician/Nurse Practitioner Signature (required):		Date dd/mm/yy:
Organization:	Billing number:	Phone:	Fax:

Primary Care Practitioner (if different than referring physician):	Community agencies with whom client is active:		
	☐Home Community Care NE ☐Alzheimer Society	☐Canadian Mental Health Association	☐Community Paramedicine ☐Other:

For information about self-referral to the Geriatric Mental Health Outreach Service and Behavioural Supports Outreach Service please contact 705-523-7100 ext. 1261

A.NESGC.REF

North East Specialized Geriatric Centre
Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est

RÉQUISITION DE SERVICE - SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS DE SUDBURY

FAX: 705-522-5079 TÉLÉPHONE : 705-523-7100 poste 1261

Health Sciences North
Horizon Santé-Nord

Veuillez compléter cette réquisition afin d'accéder les services du Centre gériatrique spécialisé du Nord-Est. Si vous avez un service spécifique d'identifié selon les besoins de votre client, veuillez cocher la case appropriée. La réquisition sera acheminée au service gériatrique spécialisé le plus approprié selon l'information disponible.

☐ **Service régional de gériatrie en consultation externe**
☐ **Service de réadaptation gériatrique en consultation externe**
☐ **Service de santé mentale gériatrique communautaire**
☐ **Service de soutien en cas de troubles du comportement communautaire**

Veuillez noter que le CGSNE accepte uniquement les réquisitions pour les individus de 65 ans et plus.

Les médecins suivants peuvent fournir une consultation avec ces services: **Geriatre-**Dre. Jo-Anne Clarke, Dre.Dana Trafford (Île Manitoulin); **Soins aux personnes âgées**- Dr. James Chau, Dre. Kaitlin Sheridan ,Dre. Elizabeth Deveaux ; **Psychiatre-**Dr. Kuppuswami Shivakumar, Dr. Lakyntiew Aulakh (Île Manitoulin)

☐ Consultation médicale requise ☐ Intervention interdisciplinaire seulement (aucune consultation médicale requise)

INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE DU CLIENT

Nom:	Prénom:	Sexe:	Langue commune:
Adresse complète:	Téléphone:	Age:	Date de naissance jj/mm/aa:
Numéro de la carte santé:	Version:	Situation à domicile: ☐seul(e) ☐avec époux(se)/famille ☐soins de longue durée ☐résidence de retraite ☐logement avec services de soutien ☐autre (veuillez spécifier)	

PERSONNE CONTACTE ALTERNATIVE		Veuillez appeler: ☐ Client ☐ Personne contacte alternative	
Nom/Prénom:	Relation:	Numéro de téléphone (1)	Numéro de téléphone (2)

Consentement aux services fournit par: ☐ Client ☐ Personne contacte alternative

FACTEURS CONTRIBUANT À LA DEMANDE DE SERVICE *Veuillez cocher toutes les cases appropriées*

Si vous indiquez que la demande est urgente, cela sera pris en note lors du triage. Si l'individu ne rencontre pas les critères d'urgence établis par le CSGNE, un rendez-vous non-urgent sera offert malgré la demande. Si la condition du client change, svp veuillez nous en aviser.

☐déficience cognitive	☐risque à soi ou aux autres	☐maladie de Parkinson	☐troubles de continence
☐déclin fonctionnel	☐délusions/hallucinations	☐gestion de médicaments	☐mobilité
☐soupçon de délire	☐troubles de comportement	☐complexité médicale	☐chutes
☐accès répété aux services d'urgences en raison de syndromes gériatriques	☐isolation sociale	☐perte de poids inexplicable	☐troubles de déglutition
	☐anxiété/dépression	☐épuisement de personne soutien	☐communication
	☐intention suicidaire/d'homicide	☐troubles de sommeil	☐autre: _____

Information clinique pertinente et détails précis au sujet de la réquisition :

Est-ce que cet individu a besoin de service du CSGNE de façon urgente? ☐non ☐oui Précisez:

Veuillez inclure le suivant (selon la disponibilité): ☐Les notes de consultation et les investigations non renseignées dans le DME	Est-ce que cet individu possède un permit de conduite? ☐oui ☐non Est-ce que l'individu conduit présentement? ☐oui ☐non

INFORMATION DU FOURNISSEUR

Nom/prénom *(en lettres moulés):*	Signature du Médecin/Infirmièr(e) practitien(ne):		Date jj/mm/aa :
Organisme :	No. de facturation:	Téléphone:	Fax:

Fournisseur de soins primaire (si différent):	Agences communautaires avec lequel le client est impliqué:		
	☐Soins à domicile NE ☐Société de l'Alzheimer	☐Association canadienne de santé mentale	☐Paramédecine communautaire ☐Autre:

For information about self-referral to the Geriatric Mental Health Outreach Service and Behavioural Supports Outreach Service please contact 705-523-7100 ext. 1261

A.NESGC.REF