Hospice Care Ottawa la Maison de soins palliatifs d'Ottawa
When comfort matters most
Sous l'aile du réconfort

Community Hospice Care Program Client Referral Form

Service(s) requested

☐In Home Support ☐Day Hospice ☐Bereavement Support

Primary Language: ☐English ☐French Other_____

Please fax completed form to **613-422-4976**
or call 613-680-0306

Has the client been informed of this referral? Yes ☐ No ☐

For Hospice Use Only

Client Number_____
Referral Date_____
First Contact Date_____
Reason for Referral_____

☐ I&R

Client name		
Address		Postal Code:
Telephone	Home:	Cell:
Date of Birth	YY/MM/DD:	Email:

Diagnosis:
Brief History of Current Illness:
Co-morbidities/Other Health Concerns:
Psycho/Social/Spiritual:

Family Doctor _____ Telephone _____
Allergies _____

Next of kin		Relationship:
Address		
Telephone	Home:	Cell:

Name of Referral Source/Organization_____Telephone_____

☐Doctor ☐LHIN-CM ☐ Nursing Agency ☐Social Worker ☐Self ☐Family ☐Friend

How did you hear about Hospice Care Ottawa?

☐Doctor ☐Family/Friend ☐ Website ☐Other: _____

Referral Completed by _____Date_____

Our community hospice programs are offered out of the following locations

May Court Hospice
114 Cameron Avenue
Ottawa, ON K1S 0X1

Ruddy-Shenkman Hospice
110 McCurdy Drive
Kanata, ON K2L 2Z6

La Maison de l'Est
879 Chemin Hiawatha Park
Orléans, ON K1C 2Z6

Version 3.0
November 2018

Hospice Care Ottawa la Maison de soins palliatifs d'Ottawa
When comfort matters most
Sous l'aile du réconfort

Soins palliatifs communautaires
Formulaire de référence

Service(s) requis

☐Soutien à domicile ☐Soins palliatifs de jour ☐Soutien aux endeuillés

Langue maternelle: ☐Français ☐Anglais Autre _____

Veuillez faxer le formulaire complété au **613-422-4976**
ou téléphoner au 613-680-0306

Le client a été informé de la référence **Oui** ☐ **Non** ☐

Pour usage de la Maison de soins palliatif d'Ottawa seulement

Numéro de dossier_____
Date de référence_____
Date du premier contact_____
But de la référence_____

☐I&R

Nom du client		
Adresse		Code postal:
Téléphone	Domicile:	Cellulaire:
Date de naissance	AA/MM/JJ:	Courriel:

Diagnostic:
Brève histoire de la maladie actuelle:
Comorbidités/Autres problèmes de santé:
Psycho/Social/Spirituel:

Médecin de famille_____Téléphone_____
Allergies_____

Plus proche parent		Lien de parenté:
Adresse		
Téléphone	Domicile:	Cellulaire:

Nom de la source de référence/Organisation_____Téléphone_____

☐ Médecin ☐RLISS-gestionnaire de cas ☐ Agence de soins infirmiers ☐Travailleur social ☐Soi-même ☐Famille ☐ Ami

Comment avez-vous entendu parler des services de la Maison de soins palliatifs d'Ottawa?

☐ Médecin ☐ Famille/ami ☐ Site internet ☐Autre: _____

Référence complétée par _____ Date_____

Nos services de soins palliatifs communautaires sont offerts aux sites suivants

Maison May Court
114 Cameron Avenue
Ottawa, ON K1S 0X1

Maison Ruddy-Shenkman
110 McCurdy Drive
Kanata, ON K2L 2Z6

Maison de l'Est
879 Chemin Hiawatha Park
Orléans, ON K1C 2Z6

Version 3.0
Novembre 2018