



GERIATRIC PSYCHIATRY COMMUNITY SERVICES OF OTTAWA

DATE OF REFERRAL:

Care Partners (Caregiver) Last Name:		Given Name:		Health Card	Code	
Address		City/Province		Postal Code		
Telephone No.	Date of Birth (day/mo/yr)	Marital Status	Language	Gender		
Email:						
Relationship to the person living with dementia:		<input type="checkbox"/> Spouse	<input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Other Relative	<input type="checkbox"/> Friends	<input type="checkbox"/> Other

Family Physician:	Telephone No.
--------------------------	---------------

Referral Source:	Telephone No.	<u>Fax No.</u>
Address	City/Province	Postal Code
Client Aware of Referral?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Reason for Referral: **ENHANCING CARE FOR ONTARIO CARE PARTNERS**
Group program delivering therapeutic skills training intervention to Care Partners (Caregivers).

Does Care Partner (Caregiver) provide daily, direct care for person with dementia? Yes No

Does Care Partner (Caregiver) live with person with dementia? Yes No

Has a diagnosis of dementia been made? Yes No

if yes what is the diagnosis _____

Does Care Partner (Caregiver) have access to computer, web cam, microphone and internet at home? Yes No

MAIL OR FAX TO

75 Bruyère St, Suite 127 Y, Ottawa, Ontario, K1N 5C7
Telephone: 613-562-9777 / Fax: 613-562-0259

DATE DE LA DEMANDE DE CONSULTATION :

Nom de famille du proche aidant		Prénom		Carte santé	Code	
Adresse		Ville/Province		Code postal		
Téléphone	Date de naissance (jour/mois/année)	État matrimonial	Langue	Sexe		
Courriel :						
Lien avec la personne atteinte de démence :		<input type="checkbox"/> Époux/ épouse	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille	<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Autre
Médecin de famille		Téléphone				

Provenance de la demande de consultation	Téléphone	<u>Télécopieur</u>
Adresse	Ville/Province	Code postal
Le proche aidant est-il au courant de la demande de consultation ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Raison de la demande de consultation : **RENFORCEMENT DES SOINS À L'INTENTION DES PROCHES AIDANTS DE L'ONTARIO**
Formation de groupe visant l'amélioration des compétences des proches aidants en matière d'intervention thérapeutique

Le proche aidant fournit-il des soins directs quotidiens à une personne atteinte de démence ? **Oui** **Non**

Le proche aidant vit-il avec la personne atteinte de démence ? **Oui** **Non**

La personne qui reçoit les soins a-t-elle eu un diagnostic ? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, lequel ? _____

Le proche aidant a-t-il accès à un ordinateur, à une caméra Web, à un microphone et à Internet à son domicile ?
 Oui **Non**

ACHEMINER PAR COURRIER OU TÉLÉCOPIEUR À

75, rue Bruyère, bureau 127 Y, Ottawa (Ontario), K1N 5C7
Téléphone : 613-562-9777 / Téléc. : 613-562-0259