

**Tout formulaire incomplet sera renvoyé au fournisseur responsable de l'aiguillage. Tous les champs sont obligatoires.**

**Fournisseur de soins:** \_\_\_\_\_ Tél: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Téléc. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Souhaitez-vous un suivi?  Oui  Non

**Renseignements sur le client:**

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: (AAAA)/(MM)/(JJ) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe:  M  F  Autre: \_\_\_\_\_

Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Autre Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° d'Assurance-santé de l'Ontario : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_

Fournisseur de soins de santé primaires : \_\_\_\_\_

Langue:  Anglais  Français  Autre: \_\_\_\_\_ HbA1C du client: \_\_\_\_\_

État:  Diabète de type 1  Diabète de type 2 (insuline, médicaments oraux ou diète)  Prédiabètes

**\*IMPORTANT\* Pour accéder au service vous devez fournir la liste d'allergies, résultats d'imagerie/laboratoire, antécédents médicaux et les médicaments actuels. Tout formulaire incomplet sera renvoyé au fournisseur responsable de l'aiguillage.**

\* Antécédents médicaux: En pièce jointe  \_\_\_\_\_

\* Allergies: En pièce jointe  \_\_\_\_\_

\* Médicaments actuels: En pièce jointe  \_\_\_\_\_

\* Résultats d'imagerie/laboratoire: En pièce jointe  \_\_\_\_\_

**But de l'aiguillage:**

Plaie de pied ouverte ou ulcère:

Client aiguiller aux Soins à domicile et en milieu communautaire pour des soins infirmiers.

Si vous êtes Médecin/IP: Cochez la case pour permettre au podologue de demander une consultation auprès d'un spécialiste de la santé vasculaire ou des maladies infectieuses.

Signature Médecin/IP: \_\_\_\_\_ N° de facturation d'Assurance-santé de l'Ontario : \_\_\_\_\_

*La signature et le n° de facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario sont requis pour la consultation demandée ci-dessus.*

Ongle incarné avec infection bactérienne (En cas d'infection, commencer les antibiotiques.)

**Commentaires supplémentaires:**

Spécifiez l'emplacement de(s) l'ulcère(s) →

