

Jalan 150 Kilgour
Toronto, DI M4G 1R8
Telp: (416) 753-6030
Faks: (416) 422-7036

FORMULIR REFERENSI MEDIS

Holland Bloorview
Kids Rehabilitation Hospital

Tanggal Referensi: _____

Untuk diselesaikan dalam pena oleh profesional perawatan kesehatan. Tolong cetak.

- <i>Tim Rehabilitasi Cedera Otak</i>	- <i>Rehabilitasi Perkembangan Ortopedi Khusus</i>	- <i>Perawatan Berkelanjutan yang Kompleks</i>
---Rawat Inap	-Rawat Inap	-Rawat Inap
---Pasien siang hari	-Pasien siang hari	

Informasi:

Nama Klien: _____

Alamat: _____

Kota: _____ Kode Pos: _____

Tanggal lahir: _____ ☐ Perempuan ☐ Pria

Nomor Kartu Sehat: _____ VC: _____

Ibu/Wali _____ Ayah/Wali _____

(H) _____ (Sel) _____ (H) _____ (Sel) _____

(Bekerja) _____ (Bekerja) _____

Dibutuhkan juru bahasa: ☐ Ya ☐ TIDAK Bahasa yang digunakan: _____

Badan Perlindungan Anak: ☐ Menentukan: _____

Kontak darurat:

Nama: _____ Telp.: _____

Dokter Keluarga: _____ Telp.: _____

Informasi kesehatan:

Diagnosa Utama: _____

Diagnosis Sekunder: _____

Laporan Pencitraan/Diagnostik: ☐ Difaks ☐ eCHN

Jika MVC – Tidak ada asuransi kesalahan yang dimulai: ☐ Ya ☐ TIDAK ☐ TIDAK

Kebutuhan Isolasi: ☐ Ya ☐ TIDAKJika ya, Ketik: _____

Riwayat Medis Singkat Saat Ini: _____

Alasan Referensi: _____

Siap secara medis untuk dipindahkan: - Ya -TIDAK Perkiraan tanggal kesiapan medis: _____

Layanan yang diminta: -PL -SLP -PT

Tanggal Cedera/Penyakit/Operasi: _____ Intervensi Bedah: _____

Pedoman Pasca Operasi: _____

Skala Koma Glasgow: _____/15 Tingkat Rancho --Lingkaran-- 1 2 3 4 5 6 7 8 T/A

Tingkat Kesadaran: -Peringatan -Semi – Waspada - Lesu -Pingsan

Aman untuk pulang ke rumah: -Ya -Tidak Ada Tujuan Pembuangan: _____

Aktivitas Kejang:

Ya - TIDAK - Yang ada - Permulaan baru --

Pengobatan Profilaksis: Ya - TIDAK --

Menggambarkan: _____

Kondisi kulit:

-Normal -Luka/Sayatan -Membakar

-Perawatan Perut -Dressing Khusus -Lainnya

Menjelaskan: _____

Teknologi Bantuan Medis:

-Pemisapan -Oksigen
-Ventilator: - Hanya di malam hari atau - 24 jam
-Trakeostomi -Perifer IV
-Jalur Vena Sentral -Memantau
-Dialisis -EVD
-Jalur PICC

Tanggal Penyisipan: _____

Ukuran: _____ Panjang: _____

Cara Nutrisi: -Lisan -NG/J -TPN

-GJ/G-Tube Tanggal pemasangan G-tube: _____

Rencana Nutrisi:

Perlengkapan/Peralatan lain yang dibutuhkan:

Obat-obatan: Silakan kirim daftar obat terbaru termasuk nama obat & lama pengobatan.

Kelas Y/T Sekolah: _____

Masalah Psikososial/Perilaku: _____

Psikologi/Psikiatri Terlibat: -Ya Tidak

Jika ya, silakan kirim laporan.

Resiko Keselamatan (misalnya jatuh/berkeliaran/ agres): pengawasan 1:1 -Ya -TIDAK
Jika ya, Ketik: -PSW -CYW -Pengamat/Pengasuh -Keamanan

Pekerja sosial yang terlibat: _____ Telepon: _____

Orang tua diberitahu tentang diagnosisnya? - Ya Tidak Orang tua diberitahu tentang prognosisnya? -Ya -TIDAK

Merujuk Nama Dokter: _____ Spesialisasi: _____

Tanda Tangan Dokter yang Merujuk: _____

Kontak Referensi: _____ Nomor kontak: _____

Jika bantuan diperlukan dalam mengisi formulir ini, silakan menghubungi Koordinator Intake/Discharge di (416) 753-6030.