

Kilgourweg 150
Toronto, ON M4G 1R8
Tel: (416) 753-6030
Fax: (416) 422-7036

MEDISCH VERWIJZINGSFORMULIER

Holland Bloorview
Kids Rehabilitation Hospital

Verwijzingsdatum: _____

In te vullen met pen door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Alsjeblieft printen.

-Revalidatieteam voor hersenletsel	-Gespecialiseerde orthopedische ontwikkelingsrevalidatie	-Complexe voortgezette zorg
---Inpatiënt	-Inpatiënt	-Inpatiënt
---Dag patiënt	-Dag patiënt	

Informatie:

Klantnaam: _____

Adres: _____

Stad: _____ Postcode: _____

Geboortedatum: _____ ☐ Vrouwelijk ☐ Mannelijk

Gezondheidskaartnummer: _____ VC: _____

Moeder/Voogd _____ Vader/Voogd _____

(H) _____ (Cel) _____ (H) _____ (Cel) _____

(Werk) _____ (Werk) _____

Tolk vereist: ☐ Ja ☐ Nee Gesproken taal: _____

Agentschap voor Kinderbescherming: ☐ Specificeer: _____

Contactpersoon voor noodgevallen:

Naam: _____ Tel.: _____

Huisarts: _____ Tel.: _____

Gezondheidsinformatie:

Primaire diagnose: _____

Secundaire diagnose: _____

Beeldvorming/diagnostische rapporten: ☐ Gefaxt ☐ eCHN

Indien MVC – Geen foutverzekering gestart: ☐ Ja ☐ Nee ☐ NA

Behoeftte aan isolatie: ☐ Ja ☐ Nee **Zo ja, typ:** _____

Korte huidige medische geschiedenis: _____

Reden van doorverwijzing: _____

Medisch gereed voor overdracht: - Ja -Nee Geschatte datum van medische gereedheid: _____

Hulp gevraagd: -O.T -SLP -PT

Datum van letsel/ziekte/operatie: _____ Chirurgische interventie(s): _____

Richtlijnen na de operatie: _____

Glasgow Coma schaal: /15 Rancho-niveau --Cirkel-- 1 2 3 4 5 6 7 8 N.v.t

Bewustzijnsniveau: -Waarschu -Semi-alert - Lethargisch -Comateus

Veilig voor ontslag naar huis: -Ja -Geen lozingsbestemming: _____

Inbeslagnemingsactiviteit:

Ja - Nee - Bestaand - Nieuw begin --

Profylactische medicatie: Ja - Nee --

Beschrijven: _____

Huid conditie:

-Normaal -Wond/Incisie(s) -Brandwond

-Stomazorg -Gespecialiseerde verbandmiddelen -Ander

Uitleggen: _____

Medische ondersteunende technologie:

-Zuigkracht -Zuurstof

-Ventilator: - Alleen 's nachts of - 24 uur

-Tracheostomie -Perifere IV

-Centrale veneuze lijn -Monitor

-Dialyse -EVD

-PICC-lijn

Datum van invoeging: _____

Maat: _____ Lengte: _____

Wijze van voeding:

-Mondeling -NG/J -TPN

-GJ/G-buis Datum van plaatsing van de G-buis: _____

Voedingsplan:

Andere benodigde benodigdheden/apparatuur: _____

Medicijnen: Stuur alstublieft de meest bijgewerkte medicatielijst, inclusief medicatiennaam (-namen) en duur van de behandeling.

School J/N Rang: _____

Psychosociale/gedragsproblemen: _____

Betrokken psychologie/psychiatrie: -Ja nee

Zo ja, stuur dan een rapport.

Veiligheidsrisico's (bijv. vallen/dwalen/agressie): **1:1** -Ja -Geen details: _____

toezicht: -Ja -Nee **Zo ja, typ:** -PSW -CYW -Waarnemers/sitters -Beveiliging

Betrokken maatschappelijk werker: _____ **Telefoon:** _____

Ouders geïnformeerd over diagnose? - Ja nee Ouders op de hoogte van prognose? -Ja -Nee

Naam van de verwijzende arts: _____ Specialiteit: _____

Handtekening van de verwijzende arts: _____

Verwijzingscontact: _____ Contact nummer: _____

Als u hulp nodig heeft bij het invullen van dit formulier, neem dan contact op met de intake-/ontslagcoördinator op (416) 753-6030.