



New Brunswick Extra-Mural Program
Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Patient Name/Nom du (de la) patient(e) : _____

Date of Birth/Date de naissance : _____

Age/Âge : _____ Gender Identity /Identité du genre : Male/Homme Female/Femme X

Medicare No.: _____ Expiry Date: _____

N° d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

EMP REFERRAL REQUEST / DEMANDE D'AIGUILLAGE AU PEM

To be completed by Referral Source / A compléter par la source d'aiguillage

Request Date / Date de la demande

Date : _____ Hospital Request / Demande provenant de l'hôpital
Time / Heure : _____ Community Request / Demande provenant de la communauté
 Current EMP Patient / Actuellement patient au PEM

Palliative Care / Soins palliatifs

Palliative Care / Soins palliatifs

- Prognosis not established / Pronostic non établi
- Patient knows his/her prognosis / Le patient connaît son pronostic
- Patient does not know his/her prognosis / Le patient ne connaît pas son pronostic

DNAR / NPR

DNAR Status reviewed and signed with patient ? / La décision de NPR est revue et signée avec le patient ?

Yes/Oui No/Non N/A

Date signed / Date de signature : _____

The patient has a copy of DNAR to take home? / Le patient a reçu une copie du NPR pour la maison ? Yes/Oui No/Non N/A

Diagnosis / Diagnostic

Specify problem or diagnosis prompting referral to EMP / Préciser le problème ou le diagnostic pour un renvoi au PEM :

<input type="checkbox"/> Cardiac Problems / Problèmes cardiaques <input type="checkbox"/> CHF / ICC <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Mild / Moderate Stroke / AVC léger / modéré <input type="checkbox"/> Other –Specify / Autres - préciser _____ <input type="checkbox"/> Respiratory Problems / Problèmes respiratoires <input type="checkbox"/> Asthma / Asthme <input type="checkbox"/> COPD / MPOC <input type="checkbox"/> Other –Specify / Autres - préciser _____ <input type="checkbox"/> Cancer Problems / Problèmes reliés au cancer Specify type of cancer/ Préciser le type de cancer _____ <input type="checkbox"/> Gastro-Intestinal Problems / Problèmes Gastro-intestinaux Specify / Préciser _____ <input type="checkbox"/> Renal - Urinary Problems / Problèmes rénaux - urinaires Specify / Préciser _____ <input type="checkbox"/> Endocrine Problems / Problèmes endocriniens <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabètes <input type="checkbox"/> Other – Specify / Autres – préciser _____ <input type="checkbox"/> Post-surgical Care / Soins post-chirurgie Specify / Préciser _____	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal Problems / Problèmes musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Arthritis / Arthrite <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Other – Specify / Autres - préciser _____ <input type="checkbox"/> Neurological Problems / Problèmes neurologiques <input type="checkbox"/> Dementia / Démence <input type="checkbox"/> Other – Specify / Autres - préciser _____ <input type="checkbox"/> Circulation Problems / Problème de circulation Specify / Préciser _____ <input type="checkbox"/> Skin Integrity / Intégrité de la peau Specify / Préciser _____ <input type="checkbox"/> Social Factors / Facteurs sociaux Other - Specify / Autres – Préciser _____ <input type="checkbox"/> Frailty / Fragilité Specify / Préciser _____ <input type="checkbox"/> Fall / Chute Specify / Préciser _____ <input type="checkbox"/> General Assessment / Évaluation globale Specify / Préciser _____
---	--

Patient is aware of diagnosis and/or problem / Le patient est au courant du diagnostic et/ou problème : Yes/Oui No/Non N/A

Patient / Family understand prognosis and treatment / Le patient / la famille comprend le pronostic et le traitement : Yes/Oui No/Non N/A



New Brunswick Extra-Mural Program
Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Patient Name/Nom du (de la) patient(e) : _____

Date of Birth/Date de naissance : _____

Age/Âge : _____ Gender Identity /Identité du genre : Male/Homme Female/Femme X

Medicare No.: _____ Expiry Date: _____
N° d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

EMP REFERRAL REQUEST / DEMANDE D'AIGUILLAGE AU PEM

Service Required and Medical Orders / Services requis et ordonnances médicales

Medical Orders / Ordonnances Médicales :

Specify interventions required for patient / Préciser les interventions requises pour le patient :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wound Care / Soins de plaie <input type="checkbox"/> Ostomy Care / Soins de stomie <input type="checkbox"/> Central Venous Access Device / Dispositif d'accès veineux central <input type="checkbox"/> Blood Work / Prise de sang <input type="checkbox"/> IV Therapy (Medication and Hydration) /
Thérapie IV (Médication et hydratation) <input type="checkbox"/> Post-op Care / Soins post-op <input type="checkbox"/> Respiratory Function / Fonction respiratoire <input type="checkbox"/> Home Oxygen / Oxygène à domicile <input type="checkbox"/> Tube Feeding / Alimentation par sonde <input type="checkbox"/> Symptom Management / Gestion des symptômes <input type="checkbox"/> Medication Management / Gestion des médicaments | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chronic Disease Management / Gestion de maladie chronique <input type="checkbox"/> Nutrition Teaching / Enseignement de la nutrition <input type="checkbox"/> Safety in home / Sécurité à domicile <input type="checkbox"/> Rehabilitation and Reablement / Réadaptation et revalidation <input type="checkbox"/> Rehabilitation / Réadaptation <input type="checkbox"/> Communication Problems/ Problèmes avec la communication
Specify / Préciser <input type="checkbox"/> Swallowing Assessment / Évaluation de la déglutition <input type="checkbox"/> Equipment / Équipement <input type="checkbox"/> Telehome Care / Télésoins à domicile <input type="checkbox"/> General Assessment / Évaluation globale <input type="checkbox"/> Frailty / Fragilité |
|---|--|

Medications Profil attached / Profil des médicaments ci-joint : Yes/Oui No/Non N/A

Other / Autres :

Source of Referral / Source d'aiguillage

Indicate Source of Referral / Indiquer la source d'aiguillage :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hospital / Hôpital (Inpatient) <input type="checkbox"/> Ambulatory Clinic /
Clinique ambulatoire (Outpatient) <input type="checkbox"/> Doctor's Office / Cabinet du médecin <input type="checkbox"/> Emergency Department /
Service d'urgence <input type="checkbox"/> NP'S Office / Cabinet de l'IP | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Allied Profession /
Professionnel en santé <input type="checkbox"/> Nursing Home / Foyer de soins <input type="checkbox"/> Residential Facility /
Établissement résidentiel <input type="checkbox"/> ANB / ANB <input type="checkbox"/> Self-reference /
Autoréférence (Home) |
|---|--|

Out of Province / Hors province :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alb / Alb. <input type="checkbox"/> B.C / C.B. <input type="checkbox"/> Man / Man. <input type="checkbox"/> N.L. / T.N.-L <input type="checkbox"/> NS / N.É. <input type="checkbox"/> Nvt / Nt. <input type="checkbox"/> Other - Specify / Autres – Préciser : | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> N.W.T. / T.N.-O <input type="checkbox"/> Ont / Ont <input type="checkbox"/> P.E.I. / I.P.E <input type="checkbox"/> Que / QC <input type="checkbox"/> Sask / Sask. <input type="checkbox"/> Y.T / Yn |
|---|--|

Referring Physician or Nurse Practitioner Médecin ou Infirmière praticienne référant

Name / Nom : _____

Phone / Téléphone : _____

**If you are not the EMP Attending Physician, notify the Physician
Si vous n'êtes pas le médecin traitant au PEM, aviser le médecin**

Physician notified / Médecin avisé : Yes / Oui No / Non

Specify / Préciser : _____

EMP Attending Physician or Nurse Practitioner Médecin ou Infirmière praticienne traitant au PEM

Name / Nom : _____

Phone / Téléphone : _____



New Brunswick Extra-Mural Program
Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Patient Name/Nom du (de la) patient(e) : _____
Date of Birth/Date de naissance : _____
Age/Âge : _____ Gender Identity /Identité du genre : Male/Homme Female/Femme X
Medicare No.: _____ Expiry Date: _____
N° d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

EMP REFERRAL REQUEST / DEMANDE D'AIGUILLAGE AU PEM

Specific Informations / Renseignements précis

- Hospital Request / Demande provenant de l'hôpital
 Community Request / Demande provenant de la communauté
Hospital Name / Nom de l'hôpital : _____
Department and room No. / Unité de soins et N° de chambre : _____
Estimated Hospital Discharge Date / Date prévue du congé de l'hôpital : _____
 Today / Aujourd'hui Tomorrow / Demain 2 to 7 days / 2 à 7 jours More than 7 days / Plus de 7 jours
Projected starting date with EMP / Date prévue de début au PEM : _____
 Multi-Resistant Organisms (MRO) Status confirmed / Statut organismes multi-résistants confirmé
 Alerts and Allergies / Alertes et Allergies
Specify / Préciser : _____

Patient Permanent Address Adresse permanente du patient

Street / Rue : _____
City / Ville: Province : _____
Postal Code / Code postal : _____
Phone / Téléphone : Home/Domicile : _____
Cell. / Cellulaire : _____
Other / Autres : _____

Care Delivery Address: (If different from permanent address) Adresse-prestation des soins : (si différente de l'adresse permanente)

Street / Rue : _____
City / Ville: Province : _____
Postal Code / Code postal : _____
Phone / Téléphone : Home/Domicile : _____
Cell. / Cellulaire : _____
Other / Autres : _____

Language of choice / Langue de choix

- English / Anglais French / Français Bilingual / Bilingue
 Other-Specify / Autres - Préciser : _____
 Interpreter needed / Besoin d'interprète : Yes/Oui No/Non N/A _____

Referral Source - Name, Signature and Date/ Nom et signature de la source d'aiguillage et la date

Name of Referral Source / Nom de la source d'aiguillage : _____
Signature of referral source /
Signature de la source d'aiguillage _____ Date : _____

EMAIL / Courriel
EMPCC@medavienb.ca

FAX / Télécopie
506-872-6601

"Please note that, once completed, you are responsible for choosing a method of transmitting this form to the Extra-Mural Program that provides sufficient security safeguards to protect the confidentiality of the information. The Extra-Mural Program is not responsible for any acts or omissions by a third party causing a breach of personal health information due to their failure to employ appropriate safeguards. All custodians of personal health information under the Personal Health Information Privacy and Access Act have a legal obligation to employ reasonable administrative, technical and physical safeguards that ensure the confidentiality, security, accuracy and integrity of the information."

« Veuillez noter qu'une fois complété, vous êtes responsable du choix de la méthode de transmission de ce formulaire au programme extra-mural qui procure des garanties de sécurité suffisantes pour protéger la confidentialité de l'information. Le Programme extra-mural n'est pas responsable d'actes ou d'omissions commis par un tiers causant une violation des renseignements personnels sur la santé en raison de son incapacité à recourir à des mesures de protection appropriées. Tous les dépositaires de renseignements personnels sur la santé en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé ont l'obligation légale d'utiliser des mesures de protection administratives, techniques et physiques raisonnables qui garantissent la confidentialité, la sécurité, l'exactitude et l'intégrité de l'information. »