



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

Patient Name / Nom du (de la) patient(e)	
Address / Adresse	
Telephone Number / N° de téléphone	Date of Birth / Date de naissance
Medicare Number / N° d'assurance-maladie	Expiry Date / Date d'expiration :

EMP REFERRAL REQUEST / DEMANDE D'AIGUILLAGE AU PEM

Information

Request Date / Date de la demande _____

Hospital Request / Demande provenant de l'hôpital Hospital / Hôpital : _____
 Community Request / Demande de la communauté Department / Unité : _____
 Current EMP Patient / Actuellement patient au PEM Room No. / 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 - Date : _____

Gender Identity / Identité du genre : Male / Homme Female / Femme Non-Binary/ Non binaire

Language of choice/ Langue de choix : English / Anglais French / Français Other / Autres _____

Referring physician or NP / Médecin ou IP référant

Name / Nom : _____

Phone/Téléph : Home/Domicile : _____ Cellular/Cellulaire _____ Fax/Télec. : _____

MD or NP notified / MD ou IP informé : Yes / Oui No / Non

EMP Attending physician or NP / Médecin ou IP traitant au PEM

Name / Nom : _____

Phone/Téléph : Home/Domicile : _____ Cellular/Cellulaire _____ Fax/Télec. : _____

Diagnosis and Problem prompting referral to EMP/ Diagnostic ou problème pour un renvoi au PEM - Specify / Préciser

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiac Problem-CHF/Problème cardiaque - ICC | <input type="checkbox"/> Cardiac Problem-Hypertension / Problème cardiaque-Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Problem-Mild/Moderate Stroke/Problème cardiaque- AVC léger/modéré | <input type="checkbox"/> Respiratory Problem-COPD/Problème respiratoire-MPOC |
| <input type="checkbox"/> Respiratory Problem-Asthma/Problème respiratoire - Asthme | <input type="checkbox"/> GI Problems/Problèmes GI |
| <input type="checkbox"/> Cancer Problems/Problèmes liés au cancer | <input type="checkbox"/> Endocrine ProblemsDiabetes/Problèmes endocriniens- Diabète |
| <input type="checkbox"/> Renal Problems/Problèmes rénales | <input type="checkbox"/> Musculoskeletal Problems-Arthritis/Problèmes musculo-squelettiques- Arthrite |
| <input type="checkbox"/> Musculoskeletal Problems-Fractures/Problèmes musculo-squelettiques- Fractures | <input type="checkbox"/> Neurological Problems-Dementia/Problèmes neurologiques- Démence |
| <input type="checkbox"/> Neurological Problems-Dementia/Problèmes neurologiques- Démence | <input type="checkbox"/> Circulation Problems/Problèmes de circulation |
| <input type="checkbox"/> Circulation Problems/Problèmes de circulation | <input type="checkbox"/> Social Factors/Facteurs sociaux |
| <input type="checkbox"/> Social Factors/Facteurs sociaux | <input type="checkbox"/> General Assessment/Évaluation globale |
| <input type="checkbox"/> General Assessment/Évaluation globale | <input type="checkbox"/> Skin Integrity/Intégrité de le peau |
| | <input type="checkbox"/> Frailty/Fragilité |
| | <input type="checkbox"/> Other / Autres (Specify / Précisez) : _____ |

Medical Orders / Ordonnances médicales

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

Patient/Family understand prognosis-treatment /Le patient/famille comprend le pronostic-traitement : Yes / Oui No / Non

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

Name / Nom : _____ Date : _____

EMAIL / Courriel : EMCC@ExtraMuralNB.ca

Fax / Télécopieur : 1-833-388-1003

The Referral Source is responsible for choosing a method of transmitting this Form to EMP that provides sufficient security safeguards to protect confidentiality of the information. / La source d'aiguillage est responsable de la méthode de transmission de ce formulaire au PEM qui procure des garanties de sécurité suffisantes pour protéger la confidentialité de l'information.



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

Patient Name / Nom du (de la) patient(e)	
Address / Adresse	
Telephone Number / N° de téléphone	Date of Birth / Date de naissance
Medicare Number / N° d'assurance-maladie	Expiry Date / Date d'expiration :

EMP REFERRAL REQUEST / DEMANDE D'AIGUILLAGE AU PEM

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

- | | |
|---|--|
| <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
<input type="checkbox"/> Chronic Disease Management / Gestion -maladie chronique
<input type="checkbox"/> Nutrition Teaching / Enseignement de la nutrition
<input type="checkbox"/> Other / Autres : _____ | <input type="checkbox"/> Chronic Disease Management / Gestion -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 (R & R) / Réadaptation et revalidation
<input type="checkbox"/> Rehabilitation / Réadaptation
<input type="checkbox"/> Communication Problems/ Problèmes de communication
Specify / Préciser _____
<input type="checkbox"/> Swallowing Assessment / Évaluation de la déglutition
<input type="checkbox"/> Equipment / Équipement
<input type="checkbox"/> General Assessment / Évaluation globale
<input type="checkbox"/> Frailty / Fragilité
<input type="checkbox"/> Telehome Care / Télésoins à domicile
<input type="checkbox"/> Complementary Assessment (Social Development) /
Évaluation complémentaire (Développement social) |
|---|--|

Multi-resistant Organisms (MRO) Status confirmed / Statut organismes multi-résistants confirmé : Yes / Oui No / Non

Alerts / Alertes Specify / Préciser : _____

Source of Referral / Source de l'aiguillage

Specify Source if referral / Préciser la source d'aiguillage :

Out of Province / Hors province : _____ Other / Autres : _____

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

Date signed / Date de signature : _____

Patient has a copy to take home/ Le patient a reçu une copie pour la maison : Yes / Oui No / Non N/A / N/E

Comments / Commentaires

EMAIL / Courriel : EMCC@ExtraMuralNB.ca

Fax / Télécopieur : 1-833-388-1003

The Referral Source is responsible for choosing a method of transmitting this Form to EMP that provides sufficient security safeguards to protect confidentiality of the information. / La source d'aiguillage est responsable de la méthode de transmission de ce formulaire au PEM qui procure des garanties de sécurité suffisantes pour protéger la confidentialité de l'information.