



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

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

Address / Adresse : _____

Telephone No. /No téléphone : _____ DOB / DDN : _____

Medicare No. : _____ Expiry Date: _____
N° d'assurance maladie : _____ 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 - Choose Hospital / Choisir l'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 ou NP / Médecin ou IP référant

Name / Nom : _____

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

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

Name / Nom : _____

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

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

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

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

Medical Orders / Ordonnances médicales

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

Name / Nom : _____ Date : _____

EMAIL / Courriel : EMPCC@medavienb.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 No. /No téléphone : _____ DOB / DDN : _____

Medicare No. : _____ Expiry Date: _____
N° d'assurance maladie : _____ 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"/> Chronic Disease Management / Gestion -maladie chronique |
| <input type="checkbox"/> Ostomy Care / Soins de stomie | <input type="checkbox"/> Nutrition Teaching / Enseignement de la nutrition |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Access Device / Dispositif d'accès veineux central | <input type="checkbox"/> Safety in home / Sécurité à domicile |
| <input type="checkbox"/> Blood Work / Prise de sang | <input type="checkbox"/> Rehabilitation and Reablement / Réadaptation et réactivité |
| <input type="checkbox"/> IV Therapy (Medication and Hydration) /
Thérapie IV (Médication et hydratation) | <input type="checkbox"/> Rehabilitation / Réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Post-op Care / Soins post-op | <input type="checkbox"/> Swallowing Assessment / Évaluation de la déglutition |
| <input type="checkbox"/> Respiratory Function / Fonction respiratoire | <input type="checkbox"/> Equipment / Équipement |
| <input type="checkbox"/> Home Oxygen / Oxygène à domicile | <input type="checkbox"/> General Assessment / Évaluation globale |
| <input type="checkbox"/> Tube Feeding / Alimentation par sonde | <input type="checkbox"/> Frailty / Fragilité |
| <input type="checkbox"/> Symptom Management / Gestion des symptômes | <input type="checkbox"/> Telehome Care / Télésoins à domicile |
| <input type="checkbox"/> Medication Management / Gestion des médicaments | <input type="checkbox"/> Complementary Assessment (Social Development) /
Évaluation complémentaire (développement social) |
| <input type="checkbox"/> Other / Autres : | |

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 : _____

Other / Autres : _____

Palliative Care / Soins palliatifs

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prognosis not established / Pronostic non établi | <input type="checkbox"/> Patient knows his/her prognosis / Le patient connaît son pronostic |
| <input type="checkbox"/> 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 : EMPCC@MedavieNB.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