



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 _____			
<input type="checkbox"/> Hospital Request / Demande provenant de l'hôpital	Hospital / Hôpital : _____		
<input type="checkbox"/> Community Request / Demande de la communauté	Department / Unité : _____		
<input type="checkbox"/> Current EMP Patient / Actuellement patient au PEM	Room No. / N° de chambre : _____		
Estimated Hospital Discharge Date / Date prévue du congé de l'hôpital			
<input type="checkbox"/> Today / Aujourd'hui	<input type="checkbox"/> Tomorrow / Demain	<input type="checkbox"/> 2 to 7 days / 2 à 7 jours	<input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Male / Homme <input type="checkbox"/> Female / Femme <input type="checkbox"/> Non-Binary/ Non binaire			
Language of choice/ Langue de choix : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> 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			
Medical Orders / Ordonnances médicales			
Patient is aware of diagnosis and/or problem / Le patient est au courant du diagnostic et/ou problème : <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non			
Patient/Family understand prognosis-treatment / Le patient/famille comprend le pronostic-traitement : <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non			
Referral Source - Name, Signature and Date / Nom et signature de la source d'aiguillage et la date			
Name / Nom : _____	Date : _____		



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"/> 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"/> Complementary Assessment (Social Development) /
Évaluation complémentaire (Développement social)
<input type="checkbox"/> Telehome Care / Télésoins à domicile |
|--|---|

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

-
- Specify Source if referral / Préciser la source d'aiguillage
-
-
- Hospital / Hôpital (Inpatient)
-
-
- Ambulatory Clinic / Clinique ambulatoire (Outpatient)
-
-
- Emergency Department / Service d'urgence
-
-
- Doctor's Office / Cabinet du médecin
-
-
- NP'S Office / Cabinet de l'IP
-
-
- Allied Profession / Professionnel en santé
-
-
- Nursing Home / Foyer de soins
-
-
- Adult Residential Facility/ Établissement résidentiel pour adultes
-
-
- ANB / ANB
-
-
- Self-reference / Autoréférence (Home)

Out of Province / Hors province

-
- Alb /Alb.
-
- N.W.T. / T.N.-O.
-
-
- B.C / C.B.
-
- Ont / Ont.
-
-
- Man / Man.
-
- P.E.I. / I.P.E
-
-
- N.L. / T.N.-L.
-
- Que / QC
-
-
- NS / N.É.
-
- Sask / Sask.
-
-
- Nvt / Nt.
-
- Y.T / Yn

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

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.