



Identification Form for Regional Integrated Care

Fax to: 613-745-0956 or toll-free to: 1-844-726-3010

Date of Identification: [Date] DD / MM / YYYY		Identification Source: Choose an item.	
Contact Name:		Title & Organization (if applicable):	
Contact phone #:	Contact fax #:	Contact Email:	
Care Coordinator (if already assigned):			
Reason for Identification (please be specific/expectations):			
☐ Additional documentation attached (e.g. Discharge Summary)			
Patient Demographics			
Health Card #:		Check if no Health Card #: Unknown ☐ No Health Card # ☐ Other ☐ _____	
Surname:	Given name:	Preferred Name:	
Address:		City:	Province: Postal Code:
Daytime Phone #:		Alternate Phone #:	
Preferred Official Language: English ☐ French ☐		Gender: Male ☐ Female ☐ Intersex ☐	
Preferred Language of Service: English ☐ French ☐		Trans (Female to Male) ☐ Trans (Male to Female) ☐	
Other ☐ _____		Two-Spirit ☐ Other (please specify) ☐ _____	
Interpreter required: Yes ☐ No ☐		Do not know ☐ Prefer not to answer ☐	
Indigenous Identity: First Nation ☐ Inuit ☐ Metis ☐		Date of Birth: [Date] DD / MM / YYYY	
Primary Contact (if other than client):		Relationship: Spouse ☐ POA ☐ Other ☐ _____	
Phone #:		Alternate #:	
Aware of identification for Integrated Care: Patient ☐		Primary Contact ☐	
Safety Precautions (e.g.: infectious disease, history of violence, pets etc.): ☐ No ☐ Yes			
If yes, describe:			
* Primary Care completion of this section required		☐ No primary care provider	
Primary Health Care Provider (e.g., MD or NP):		Aware of Integrated Care Identification ☐	
Contact Phone #:		Contact Fax #:	
* Meets Eligibility Criteria ☐ 4+ Chronic Conditions (at least one is a physical health condition)			
☐ Mental Health ☐ Palliative ☐ Frailty ☐ Dementia ☐ Chronic Pain ☐ Hypertension ☐ Diabetes ☐ Cancer ☐ Developmental Disability ☐ Neurological disorder ☐ Liver disease ☐ Kidney disease ☐ Lung disease ☐ Heart disease ☐ HIV/AIDS ☐ Amputations ☐ Substance abuse			
Other (list all that apply): _____			
Actual Diagnoses: _____			
☐ Plus at least one of the following:			
☐ Lives alone/Isolated ☐ No social supports ☐ Risks for general safety ☐ Recent immigration ☐ Abuse (past, present) ☐ Food insecurity ☐ Unemployment ☐ Low individual income ☐ Housing concerns ☐ Other (list all that apply): _____			
Important Considerations:			
☐ Frequent Hospitalizations ☐ Frequent ED visits ☐ Frequent missed appointments ☐ Frequent use of crisis services ☐ Frequent Primary Care appointments ☐ At risk of imminent decline ☐ Additional Areas of Concern: _____			
List Other Known Service Providers: _____			
Pending referrals (list): _____			
Wait list for service (list): _____			



Formulaire d'identification pour les soins intégrés régionaux
Télécopier au : 613-745-0956 ou sans frais au : 1-844-726-3010

Date de l'identification : [date] JJ / MM / AAAA		Identification faite par : Choisissez s.v.p.	
Nom de la personne-ressource :		Titre et organisme (le cas échéant) :	
N° de tél. :	N° de téléc. :	Courriel :	
Coordonnateur de soins (s'il a déjà été désigné) :			
Raison de l'identification (soyez précis/indiquez les attentes) :			
☐ Documents supplémentaires joints (sommaire de congé, p. ex.)			
Renseignements sur le patient			
N° de carte Santé :		Pas de n° de carte Santé : inconnu ☐ pas de n° de carte Santé ☐ autre ☐	
Nom de famille :		Prénom :	
Adresse :		Nom préféré :	
Ville :		Province :	
Code postal :		N° de tél. dans la journée :	
Autre n° de tél. :			
Langue officielle préférée : anglais ☐ français ☐		Sexe : masculin ☐ féminin ☐ intersexe ☐	
Langue de service préférée : anglais ☐ français ☐		trans (de femme à homme) ☐ trans (d'homme à femme) ☐	
autre ☐		bispirituel ☐ autre (précisez) ☐	
Interprète requis : oui ☐ non ☐		Ne sais (sait) pas ☐ Préfère ne pas répondre ☐	
Identité autochtone : Première Nation ☐ Inuit ☐ Métis ☐		Date de naissance : [date] JJ / MM / AAAA	
Personne-ressource principale (si ce n'est pas le client) :		Lien : conjoint ☐ fondé de pouvoir ☐ autre ☐	
N° de tél. :		Autre n° de tél. :	
Au courant de l'identification pour les soins intégrés : patient ☐ personne-ressource principale ☐			
Précautions de sécurité (maladie infectieuse, antécédents de violence, animaux de compagnie, p. ex.) : oui ☐ non ☐			
Si oui, décrivez :			
* Soins primaires l'achèvement de cette section est nécessaire ☐ Aucun fournisseur de soins primaires			
Fournisseur de soins de santé primaires (médecin ou IP, p. ex.) :			
N° de tél. :		N° de téléc. :	
		Au courant de l'identification pour les soins intégrés ☐	
* Répond aux critères d'admissibilité ☐ Au moins 4 maladies chroniques (dont au moins un problème de santé physique)			
☐ Santé mentale ☐ Soins palliatifs ☐ Santé fragile ☐ Démence ☐ Douleur chronique ☐ Hypertension ☐ Diabète ☐ Cancer ☐ Déficience développementale ☐ Trouble neurologique ☐ Maladie du foie ☐ Néphropathie ☐ Maladie pulmonaire ☐ Maladie du cœur ☐ VIH/sida ☐ Amputations ☐ Toxicomanie			
Autre (tout ce qui est pertinent) :			
Diagnostic exact :			
☐ Et au moins un des critères suivants :			
☐ Vis (vit) seul/suis (est) isolé ☐ Manque de soutiens sociaux ☐ Présente des risques sur le plan de la sécurité en général ☐ Récemment immigré ☐ Abus (par le passé, aujourd'hui) ☐ Insécurité alimentaire ☐ Faible revenu personnel ☐ Chômage ☐ Préoccupations concernant le logement ☐ Autre (tout ce qui est pertinent) :			
Considérations importantes :			
☐ Rendez-vous souvent manqués ☐ Hospitalisations fréquentes ☐ Visites fréquentes à l'urgence ☐ Rendez-vous fréquents en soins primaires ☐ Utilisation fréquente des services d'intervention en cas de crise ☐ État de santé à risque de détérioration imminente ☐ Autres sujets de préoccupation :			
Indiquez les autres fournisseurs de services connus :			
☐ En attente d'un renvoi (liste) : ☐ Liste d'attente pour services (liste) :			