Alzheimer Society
SUDBURY-MANITOULIN NORTH BAY & DISTRICTS

First Link® Premier lien®

960B Notre Dame Avenue,
Sudbury ON P3A 2T4
Tel: (705) 560-0603 Fax: (705) 560-6938
alzheimer.ca/en/sudburymanitoulin

1164 Devonshire Ave, Suite 200,
North Bay ON P1B 6X7
Tel: (705) 495-4342 Fax: (705) 495-0329
alzheimer.ca/en/sudburymanitoulin

Date of Referral:

Person with Dementia Name (probable or diagnosed):
(First name, Last name)

Diagnosis & Date of Diagnosis (if known):
Under Investigation ❑

Specify here:

Date of Birth (mm/dd/yy):

Address:

Telephone Number:

Can a voicemail message be left: ❑ Yes ❑ No

E-mail Address:

Preferred Language of Choice for Service: ❑ English ❑ French ❑ Other:

Care Partner Name:
(First name, Last name)

Relationship to above:

Date of Birth (mm/dd/yy):

Address: ❑ Same as above ❑ Other, please specify:

Telephone Number:

Can a voicemail message be left: ❑ Yes ❑ No

E-mail Address:

Preferred Language of Choice for Service ❑ English ❑ French ❑ Other:

Referral Source Name & Agency:

Address:
Phone: Fax:
Email:

I am referring: ❑ Person with Dementia ❑ Care Partner ❑ Both

Please contact: ❑ Person with Dementia ❑ Care Partner ❑ Both

I have received consent to refer ❑ Yes ❑ No

Reason for Referral

❑ Cognitive Assessment ❑ Emotional Support ❑ Information/Education ❑ Finding Community Supports
❑ Recently Diagnosed ❑ Changes in Behaviour ❑ Safety Concerns ❑ Staying Socially/Physically Engaged
❑ Living Arrangement/Transition Support ❑ Other/Specific Program, please specify:

Additional Notes:

Known Risks: ❑ Yes ❑ No If yes, please select all that apply:

❑ Family dynamics ❑ Infectious diseases ❑ Infestation/Squalor ❑ Pets ❑ Physical Environment
❑ Recent hospitalizations ❑ Responsive behaviours ❑ Smoking ❑ Weapons ❑ Other:

Please send supplemental documentation as appropriate.

Société Alzheimer
SUDBURY-MANITOULIN NORTH BAY & DISTRICTS

First Link® Premier lien®

960B Notre Dame Avenue,
Sudbury ON P3A 2T4
Tél: (705) 560-0603 Télécopie: (705) 560-6938
alzheimer.ca/en/sudburymanitoulin

1164 Devonshire Ave, Suite 200,
North Bay ON P1B 6X7
Tél: (705) 495-4342 Télécopie: (705) 495-0329
alzheimer.ca/en/sudburymanitoulin

Date :

Nom de la personne atteinte d'une maladie cognitive (probable ou diagnostiquée) :
(Prénom, nom)

Diagnostic et date de ce dernier (si connus) :
En cours ❑

Veuillez préciser :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N⁰ de tél. :

Adresse :

Pouvons-nous vous laisser un message? ❑ Oui ❑ Non

Courriel :

Choix de la langue de service : ❑ Anglais ❑ Français ❑ Autre :

Nom du proche aidant :
(Prénom, nom)

Relation avec la personne ci-dessus :

Date de naissance (mm/jj/aaaa) :

N⁰ de tél. :

Adresse : ❑ Même que celle mentionnée ci-dessus : ❑ Autre, veuillez préciser :

Pouvons-nous laisser un message? ❑ Oui ❑ Non

Courriel :

Choix de la langue de service ❑ Anglais ❑ Français ❑ Autre :

Formulaire d'aiguillage effectué par :
(nom de l'agence et de la personne)

Adresse :
N⁰ de tél. : N⁰ de télécopie :
Courriel :

Je recommande : ❑ La personne atteinte d'une maladie cognitive ❑ Le proche aidant ❑ Les deux

Veuillez contacter : ❑ La personne atteinte d'une maladie cognitive ❑ Le proche aidant ❑ Les deux

J'ai le consentement verbal de la personne : ❑ Oui ❑ Non

Raisons du service requis :

❑ Évaluation cognitive ❑ Soutien émotionnel ❑ Éducation/Information ❑ Services communautaires disponibles
❑ Diagnostic récent ❑ Changements de comportement ❑ Préoccupations de sécurité ❑ L'engagement aux activités sociales et physiques
❑ Conditions de logement et soutien à la transition ❑ Autre(s)/Programme particulier. Veuillez préciser :

Commentaires supplémentaires :

Risques connus? ❑ Oui ❑ Non Si oui, veuillez coucher toutes les réponses qui s'appliquent :

❑ Dynamique familiale ❑ Maladies contagieuses ❑ Infestation/Insalubrité ❑ Animaux de compagnie ❑ Environnement physique
❑ Hospitalisations récentes ❑ Comportements réactifs ❑ Tabagisme ❑ Armes ❑ Autre(s) :

Veuillez fournir tout autre document et rapport pertinents.