Referral Form: CHEO Phlebotomy Services

Exceptional circumstances, patients five years and older

In accordance with the provincial funding model, CHEO’s funding is limited to providing phlebotomy services to patients whose testing is ordered as a part of their CHEO visit. However, in support of CHEO’s commitment to the community, the CHEO-EORLA Laboratory will provide phlebotomy services to community outpatients up to the age of five.

In the exceptional circumstances listed below, CHEO will continue to assist the community by providing phlebotomy services for patients five years and older. In this case, a referral form must be completed and signed by the same authorized healthcare professional that completed the Ministry of Health and Long-Term Care Laboratory Requisition.

* Children or youth with a physical disability and a complex diagnosis.
* Children or youth with behavioural, neurodevelopmental or mental health diagnoses.
* Children or youth with extreme anxiety where specialized venipuncture is required.
* Children or youth referred for phlebotomy by a community sub-specialist.

**Please ensure a completed form accompanies your patient’s requisition for bloodwork.**

**A completed referral is required for each visit.**

**Referral Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patient Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient DOB (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Referring provider: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Billing** **Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sub-Specialty (if applicable): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reason for Referral:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Referring provider** **signature:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note: A complete referral form is required to proceed with bloodwork.**

Formulaire d’aiguillage vers les services de phlébotomie du CHEO

Circonstances exceptionnelles, patients et patientes de cinq ans et plus

Conformément au modèle de financement provincial, le financement accordé au CHEO se limite à la prestation de services de phlébotomie destinés aux patients et patientes dont les examens sont prescrits dans le cadre de leur consultation au CHEO. Toutefois, dans le cadre de l’engagement du CHEO envers la collectivité, le laboratoire de l’ALREO – CHEO étendra ses services de phlébotomie aux patients et patientes de la collectivité de cinq ans et moins.

Dans les circonstances exceptionnelles énumérées ci-dessous, le CHEO continuera d’aider la collectivité en offrant des services de phlébotomie aux patients et patientes de cinq ans et plus. Dans de tels cas, un formulaire de demande de services doit être rempli et signé par la même professionnelle ou le même professionnel de la santé autorisé qui a rempli la requête de laboratoire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

* Enfants ou jeunes ayant une incapacité physique et ayant reçu un diagnostic complexe.
* Enfants ou jeunes ayant reçu un diagnostic de troubles comportementaux, neurodéveloppementaux ou de santé mentale.
* Enfants ou jeunes souffrant d’anxiété extrême pour laquelle une ponction veineuse spécialisée est nécessaire.
* Enfants ou jeunes aiguillés pour une phlébotomie par un sous-spécialiste communautaire.

**Un formulaire rempli doit accompagner toute demande d’analyse sanguine.**

**Un formulaire d’aiguillage rempli est requis pour chaque rendez-vous.**

**Date d’aiguillage : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom de la patiente ou du patient : \_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prestataire de soins traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Numéro de facturation :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sous-spécialité (le cas échéant) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Motif de l’aiguillage :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Signature du prestataire de soins traitant :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Remarque : Un formulaire d’aiguillage rempli est requis pour procéder à l’analyse sanguine.**