Dermatology Referral Form

**Patient Label**

Date:

Patient Demographics

Leave below section blank if patient label with completed demographics is included above.

|  |  |
| --- | --- |
| Patient Last Name: | Given Name(s):  |
| Address: | Gender:  oMale oFemale oOther |
| City: | Postal Code: |
| Home #: | Cell #: |
| PHN: | DOB:  |

Referring Physician Information

Referring Physician:

Practice Phone Number: Fax Number:

Reason for Referral

|  |  |
| --- | --- |
| * Acne
* Alopecia Areata
* Actinic Keratosis
* Atopic Dermatitis/Eczema
	+ Severe >10% TBSA
* Chronic Sweating
* Lesion Check
 | * Cyst/Lipoma removal (out of pocket)
* Full Body Skin Check
* Positive Biopsy \_\_\_\_\_\_
* Psoriasis
	+ Severe >10% TBSA
* Rosacea
* Vitiligo
 |

Please add details to aid in triage:

Please include details to aid in triage Note: At this time, I do not accept referrals for common warts (except immunocompromised), hair (except alopecia areata), nail pathology (except to rule out nail melanoma).

Removal of non-cancerous lumps and bumps including moles, skin tags, cysts and lipomas are paid by patients out of pocket.

Thank you for trusting us in the care of your patient.

Mariah Giberson MD, FRCP(C)

Formulaire de demande de consultation en dermatologie

Date:

Données démographiques du Patient/e ou Étiquette personnalisée du Patient/e

Laissez les espaces suivants libres si les données démographiques du patient/e sont indiquées plus haut.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du Patient/De la patiente: | Sexe: |
| Adresse: | Code Postal: |
| Ville: | Date de Naissance: |
| Telephone #: |  # de carte d’assurance maladie provincial |

 Nom du médecin :

Numéro de téléphone du cabinet du médecin : télécopieur :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reason for Referral

|  |  |
| --- | --- |
| * Acné
* Excision de kyste/lipome (aux frais du patient)
* Alopécie
* Examen cutané complet
* Kératose actinique
* Dermatite atopique/eczéma
	+ Sévère 10% de la surface corporelle totale?
 | * Biopsie positive\_\_\_\_\_\_\_
* Psoriasis
	+ Sévère 10% de la surface corporelle totale?
* Sudation chronique
* Acné rosacée
* Vérification d’une lésion
* Vitiligo
 |

Veuillez ajouter des détails pouvant aider au triage :

Veuillez inclure des détails pouvant aider au triage. NB : Pour le moment, je n’accepte pas de demande de consultation pour les verrues communes (sauf pour les patients immunodéprimés), pour les cheveux (sauf pour la pelade) et pour les pathologies des ongles (sauf dans les cas de possibilité de mélanome).L’excision de masses et de lésions non-cancéreuses incluant les grains de beauté, acrochordons, kystes et lipomes sont aux frais du patient.

Je vous remercie de me faire confiance pour les soins de votre patient/e.

Mariah Giberson, MD, FRCP (C)