



New Brunswick / Nouveau-Brunswick

Hilyard Place | 580 rue Main Street  
B210 Saint John | NB | E2K 1J5  
506 634 1620 | 1800 663 3600  
F +1506 634 6350  
E stroke@hsf.nb.ca

## Stroke Navigation Referral Form

Fax to 1-506-634-6350 or e-mail to stroke@hsf.nb.ca

Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_

### Client Information

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Contact Number: \_\_\_\_\_

Preferred Language: English      French

Date of Stroke (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_

Type of Stroke: \_\_\_\_\_

Expected Discharge Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_

### Next of Kin/Caregiver

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

If different than patient...

Contact Number: \_\_\_\_\_

### Referred by:

Name: \_\_\_\_\_

Contact Number: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_



New Brunswick / Nouveau-Brunswick

Hilyard Place | 580 rue Main Street  
B210 Saint John | NB | E2K 1J5  
506 634 1620 | 1800 663 3600  
F +1506 634 6350  
E [stroke@hsf.nb.ca](mailto:stroke@hsf.nb.ca)

## Navigation post-AVC — formulaire de référence

Par télécopieur, au 506 634-6350, ou courriel, à [stroke@hsf.nb.ca](mailto:stroke@hsf.nb.ca)

Date (année-mois-jour): \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le client

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de la personne-ressource : \_\_\_\_\_

Langue de préférence : Français      Anglais

Date de l'AVC (année-mois-jour) : \_\_\_\_\_

Type d'AVC : \_\_\_\_\_

Date de congé prévue (année-mois-jour) : \_\_\_\_\_

### Proche parent ou aidant

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Si les coordonnées diffèrent de celles du client :

Numéro de la personne-ressource : \_\_\_\_\_

### Référencé par :

Nom : \_\_\_\_\_

Hôpital: \_\_\_\_\_

Numéro de la personne-ressource : \_\_\_\_\_