

## Liste de choix de foyers de soins de longue durée offrant des soins de relève de courte durée

Patient.e \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, Prénom) \_\_\_\_\_ Numéro de \_\_\_\_\_ Code de version \_\_\_\_\_  
carte Santé

**Veillez choisir jusqu'à cinq foyers de soins de longue durée**, parmi ceux dans la liste ci-dessous, offrant des soins de relève de courte durée, y compris tout choix à l'extérieur de la région de Champlain, et les classer par ordre de préférence. Le nom de la personne qui fait la demande sera ajouté aux listes d'attente pour les foyers choisis, s'il elle est admissible et si les foyers choisis sont en mesure de fournir les soins requis. Santé à domicile Ontario confirmera la disponibilité des lits aux dates demandées.

Ordre de préférence (1 à 5)	Lieu	Centre	Dates demandées
	Stittsville	<b>Extendicare Crossing Bridge</b>	
	Ottawa	<b>Extendicare Manoir Laurier</b>	
	Kanata	<b>Garden Terrace (S)</b>	
	Orléans	<b>Résidence Saint-Louis (S)</b>	
	Ottawa	<b>St. Patrick's Home (S)</b>	
Ordre de préférence	Lieu	Est	Dates demandées
	Cornwall	<b>Glen-Stor-Dun Lodge</b>	
	Hawkesbury	<b>Résidence Prescott et Russell</b>	
Ordre de préférence	Lieu	Ouest	Dates demandées
	Almonte	<b>Fairview Manor (S)</b>	
	Pembroke	<b>Marianhill Nursing Home</b>	
	Pembroke	<b>Miramichi Lodge</b>	
	Deep River	<b>North Renfrew Long-Term Care Centre</b>	

**(S)** = Unité sécurisée disponible

Foyer de soins de longue durée à l'extérieur de la région	Dates demandées

## Liste de choix de foyers de soins de longue durée offrant des soins de relève de courte durée

Patient	_____	_____	_____
	(Nom de famille, Prénom)	Numéro de carte Santé	Code de version

### FRAIS D'HÉBERGEMENT

Frais d'hébergement pour séjour de courte durée en date du 1<sup>er</sup> juillet 2025 (sous réserve d'une augmentation annuelle) : 44,38 \$ par jour

En signant ce formulaire de choix de foyers offrant des soins de relève de courte durée, je confirme avoir pris connaissance des frais d'hébergement quotidiens pour un tel séjour.

### CONSENTEMENT AU PLACEMENT

- Je consens à ce que Santé à domicile Ontario, en tant que coordonnateur des placements désigné, divulgue des renseignements personnels sur ma santé aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisis.
- Je reconnais avoir été informé.e des raisons pour lesquelles ces renseignements sont nécessaires, et je comprends ces raisons. Je comprends que Santé à domicile Ontario mettra à jour ces renseignements et les transmettra aux professionnels des soins de santé de Santé à domicile Ontario qui contribuent à mes soins ainsi qu'aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisis.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Patient.e ou mandataire spécial :	_____	_____	_____
	Signature	Nom en lettres moulées	Année/Mois/Jour

Mandataire spécial, veuillez remplir ce qui suit :	_____
	Lien avec le ou la patient.e

☐ Procureur au soin de  
la personne

☐ Tuteur et curateur  
public