



**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
carte Santé

Code de version

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

(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^{er} 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 reconnaissais 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