



Formulaire de demande de services à Santé à domicile Ontario

Lorsqu'il s'agit de diriger un ou une patient.e vers Santé à domicile Ontario, l'organisme fournisseur de services concerné doit remplir et soumettre le présent formulaire de demande. **Il faut inclure le plus récent rapport d'évaluation interRAI sur l'état de santé et les compétences du ou de la patient.e, les ordonnances médicales, les évaluations du préposé aux services de soutien à la personne, de l'infirmier ou de l'infirmière et du thérapeute, en plus des documents sur le ou la mandataire spécial.e.**

A. Renseignements démographiques

Nom du ou de la patient.e :	Date de naissance :
Numéro de téléphone du ou de la patient.e :	No de carte Santé et code de version :
Adresse :	
Date de début des services demandés dans le cadre du programme de soins à domicile :	
Nom et numéro de téléphone du ou de la mandataire spécial.e :	
Médecin de soins primaires :	
Nom de l'organisme fournisseur de services qui fournit des services de soins :	
Principale raison de la demande de services :	
Services demandés à Santé à domicile Ontario (dressez la liste et la fréquence) :	
Date de début à Santé à domicile Ontario :	
Besoin de couverture par le Programme de médicaments de l'Ontario (Oui ou Non) :	
Demande de fournitures et d'équipements médicaux soumise à Santé à domicile Ontario :	

B. État cognitif et fonctionnel du ou de la patient.e

Diagnostics et antécédents médicaux pertinents. Indiquez l'état de la mémoire (alerte ou confus.e), tout incident de chute, les dates d'admission à l'hôpital ou aux services des urgences, et joignez les récentes évaluations comme l'évaluation interRAI sur l'état de santé et les compétences du ou de la patient.e, le rapport sommaire des congés de l'hôpital ainsi que les antécédents sur la santé physique et le meilleur schéma thérapeutique possible.

A = Autonome, **I** = Besoin d'indices, **S** = Supervisé.e, **Ax1** = Besoin de l'aide d'une personne, **Ax2** = Besoin de l'aide de deux personnes, **Méc** = Appareil mécanique, **S.O.** = Sans objet

Activités de la vie quotidienne	Situation actuelle	Activités de la vie quotidienne	Situation actuelle
Aller aux toilettes		Manger	
Prendre un bain ou une douche		Se vêtir	
Utiliser des appareils fonctionnels		Se déplacer	



Formation ou mesures de soutien exigées (décrivez en détail ci-dessous) :

Risques environnementaux ou sociaux, par exemple, tabagisme, animaux de compagnie, armes à feu, infestation ou accumulation compulsive

C. Service actuel et sommaire du plan de soins

Services de soutien à la personne

Fréquence des services
(une ou deux fois par jour, par exemple) :

Objectif de l'intervention
(soins du matin comme le bain à l'éponge,
la douche, les soins pour l'incontinence et
le déplacement) :

Soins infirmiers (*Incluez les récentes ordonnances médicales, s'il y a lieu.)

Fréquence (une ou deux fois
par jour, par exemple) :

Objectif de l'intervention :

Ergothérapie

Fréquence :

Objectif de l'intervention :

Physiothérapie

Fréquence :

Objectif de l'intervention :

Autre (veuillez expliquer) :

Fréquence (une ou deux fois
par jour, par exemple) ::

Objectif de l'intervention :

Demande remplie par :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :