



## Formulaire de transfert de responsabilités

Tous les organismes fournisseurs de soins qui transfèrent les services de soins d'un ou d'une patient.e à un autre organisme doivent remplir et soumettre le présent formulaire. Le ou la superviseur.e du préposé aux services de soutien à la personne doit remplir ce formulaire pour transférer des services de soins à un nouveau fournisseur de services.

### Renseignements sur le ou la patient.e

|                     |          |                     |
|---------------------|----------|---------------------|
| Nom de famille :    | Prénom : | Date de naissance : |
| Adresse :           |          |                     |
| No de carte Santé : |          | Code de version :   |

### Renseignements sur le fournisseur de services de l'équipe Santé Ontario

|                                                                                                           |                                                                                                      |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du fournisseur de services :                                                                          | Numéro de téléphone du fournisseur de services :                                                     | Date de la première visite (aaaa-mm-jj) :                                                    |
| Fréquence des visites :                                                                                   | Date de la dernière visite prévue par l'organisme fournisseur de services responsable du transfert : | Date de début demandée à Santé à domicile Ontario :                                          |
| A t on recommandé une visite conjointe à domicile?<br><input type="radio"/> Qui <input type="radio"/> Non |                                                                                                      | A t on recommandé une téléconférence?<br><input type="radio"/> Qui <input type="radio"/> Non |

### Renseignements sur le plan de soins

|                                                                                                                                      |          |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|
| État de santé actuel du ou de la patient.e :                                                                                         |          |                     |
| Objectifs et préférences en matière de services de soins du ou de la patient.e, de sa famille et de son ou sa mandataire spécial.e : |          |                     |
| Plan de soins actuel :                                                                                                               |          |                     |
| Décrivez le plan de soins actuel :                                                                                                   |          |                     |
| Points à considérer pour garantir le succès du transfert :                                                                           |          |                     |
| Effectuer le suivi de problèmes non résolus :                                                                                        |          |                     |
| Éducation offerte au ou à la patient.e, à sa famille et à son ou sa mandataire spécial.e :                                           |          |                     |
| Nom de famille :                                                                                                                     | Prénom : | Date de naissance : |



## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Voie

sous cutanée  
intramusculaire  
périphérique  
mi-long  
accès veineux central (PICC ou Hickman)  
implantable

Détails sur l'installation

Date d'installation : \_\_\_\_\_  
Nombre de lumens requis : \_\_\_\_\_  
Longueur du cathéter PICC : \_\_\_\_\_  
Dernier remplacement du pansement : \_\_\_\_\_  
Dernier rinçage du cathéter : \_\_\_\_\_

Signes vitaux, s'il y a lieu  
(aaaa-mm-jj) :

Tension artérielle :

Ressources humaines :

Température :

Soins respiratoires :

Documents pertinents en pièce jointe :

Récente évaluation interRAI

Récentes ordonnances médicales et ordonnances de traitement, entre autres. Le professionnel de la santé est responsable de présenter les plus récentes ordonnances au nouveau fournisseur de services.

Meilleur schéma thérapeutique possible

Services de soutien à la personne : plan de soins et calendrier des visites

Progrès dans le soin des plaies

Confirmation d'ordonnance de ne pas réanimer et autres documents sur les soins palliatifs, s'il y a lieu

Tests de laboratoire et de diagnostic

Documents de consultations et autres documents :

**Remarques :**

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Signature (Nome et titre) | Date (aaaa-mm-jj) |
| Organisme :               | Téléphone :       |