Santé à domicile Ontario

Envoyez par fax au :
613 745-8243 ou
1 855 450-8569

Télésoins à domicile : Programme de surveillance à distance

Formulaire de demande de services

1) **Programme non rehaussé :** ☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique ☐ COVID-19 ☐ Diabète ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Personne âgée frêle ☐ Soins de réadaptation gériatrique

2) **Programme rehaussé à domicile** * seulement pour les sites hospitaliers participants : ☐ Cellulite ☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique ☐ Diabète ☐ Personne âgée frêle ☐ Soins de réadaptation gériatrique ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Ostéomyélite * Le **personnel de l'hôpital** est responsable de transmettre la demande par fax aux services paramédicaux communautaires.

Patient.e désigné.e comme en attente d'un autre niveau de soins?	☐ Oui	☐ Non

Programme de mise en congé précoce?	☐ Oui	☐ Non

3) **Renseignements sur le ou la patient.e**

Alerte de sécurité ou de risque environnemental : ☐ Animaux de compagnie ☐ Accumulation compulsive ☐ Consommation de tabac ou vapotage ☐ Infestation ☐ Autre		Autres renseignements :	
Date de la demande		Date de congé prévue	
Nom de famille	Prénom	Date de naissance	(aaaa-mm-jj)
Numéro de carte Santé		Code de version	Genre
Adresse		Ville	
Code postal	Téléphone principal		Autre téléphone

Langue maternelle	Langue seconde

4) Autre personne à contacter ☐ Pour l'évaluation, communiquez avec cette personne au lieu du ou de la patient.e, en raison de : ☐ Trouble auditif ☐ Trouble de cognition ☐ Préférence ☐ Langue ☐ Autre (Précisez.) _____

Nom	Téléphone
Relation avec le ou la patient.e	

5) Renseignements sur la santé du ou de la patient.e

Taille	Poids
Diagnostic primaire	

6) Autres services

Demandez-vous des services **de soins infirmiers, de soutien à la personne, d'ergothérapie, de physiothérapie, de diététiste, de travail social ou d'orthophonie en plus du programme de surveillance à distance?**

Si oui, veuillez **aussi** remplir et soumettre l'un ou l'autre des formulaires suivants: Medical Referral Form ou Parenteral Therapy Referral (Orders), s'il y a lieu.

7) Paramètres par défaut faisant l'objet de suivis, sauf si d'autres paramètres sont indiqués ci-dessous.

Insuffisance cardiaque					
Paramètre	Limite inférieure significative	Limite inférieure marginale	Limite supérieure marginale	Limite supérieure significative	Alerte de changement
Pouls (bpm)	49	59		101	
Poids (lb)					2 lb sur un jour 5 lb sur sept jours
Tension systolique (mm Hg)	85	89	150	180	
Tension diastolique (mm Hg)	39	60	100	105	
Saturation en oxygène (%)	88	90		101	

Maladie pulmonaire obstructive chronique					
Paramètre	Limite inférieure significative	Limite inférieure marginale	Limite supérieure marginale	Limite supérieure significative	Alerte de changement
Pouls (bpm)	49	59		101	
Poids (lb)					2 lb sur un jour 5 lb sur sept jours
Tension systolique (mm Hg)	85	90	150	180	
Tension diastolique (mm Hg)	39	60	100	105	

Saturation en oxygène (%)	88	90		101	

Paramètres du ou de la patient.e (si les paramètres ci-dessus ne sont pas utilisés)

Patient.e					
Paramètre	Limite inférieure significative	Limite inférieure marginale	Limite supérieure marginale	Limite supérieure significative	Alerte de changement
Pouls (bpm)					
Poids (lb)					
Tension systolique (mm Hg)					
Tension diastolique (mm Hg)					
Saturation en oxygène (%)					

8) Renseignements sur la personne ayant soumis la demande : Voulez-vous recevoir les rapports sur le ou la patient.e? ☐ Oui ☐ Non

Nom	Poste	Numéro OMCO ou OIIO
Nom de l'organisme		Nom ou timbre d'adresse
Adresse		
Téléphone	Fax	

9) Renseignements sur le fournisseur de soins primaires ☐ Même que ci-dessus. Voulez-vous recevoir les rapports sur le ou la patient.e? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

Nom	Poste	Numéro OMCO ou OIIO
Nom de l'organisme		Nom ou timbre d'adresse
Adresse		
Téléphone	Fax	

10) Autres renseignements

a) **Quels renseignements avez-vous fournis au ou à la patient.e** au sujet de la gestion des symptômes, de la titration des médicaments ou de la prise de médicaments au besoin?

b) **Veuillez joindre** tout autre renseignement (notes de consultation, rapports de laboratoire ou d'imagerie ou tout problème de santé que subit le ou la patient.e, par exemple).

11) Médicaments : Veuillez inscrire la liste des médicaments ci-dessous ou la fournir en pièce jointe.

Les renseignements contenus dans la présente demande sont privés et confidentiels, visant uniquement les destinataires nommés. Si vous avez reçu cette communication par erreur, veuillez informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver l'information jusqu'à ce que cette personne vous donne d'autres directives. Évitez de copier les renseignements et de les divulguer à d'autres personnes.