

Soins de relève de courte durée

Liste de choix de foyers de soins de longue durée

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

Veillez choisir jusqu'à cinq foyers de soins de longue durée pour 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 l'auteur de la demande sera ajouté aux listes d'attente des foyers choisis s'il elle est admissible et si les foyers de soins de longue durée en question sont en mesure de fournir les soins requis. Santé à domicile Ontario confirmera les disponibilités des dates demandées.

Ordre de préférence (1-5)	Endroit	Centre	Dates demandées
	Stittsville	Extendicare Crossing Bridge	
	Ottawa	Extendicare Laurier Manor	
	Ottawa (Kanata)	Garden Terrace (S)	
	Ottawa (Orleans)	Résidence Saint-Louis (S)	
	Ottawa	St. Patrick's Home (S)	
Ordre de préférence	Endroit	Est	Dates demandées
	Cornwall	Glen-Stor-Dun Lodge	
	Hawkesbury	Résidence Prescott et Russell	
Ordre de préférence	Endroit	Ouest	Dates demandées
	Almonte	Fairview Manor (S)	
	Pembroke	Marianhill	
	Pembroke	Miramichi Lodge	
	Deep River	North Renfrew LTC	

(S) = Unité sécurisée disponible

Foyer de soins de longue durée hors de la région			Dates demandées

Soins de relève de courte durée
Liste de choix de foyers de soins de longue durée

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

TARIFS D’HÉBERGEMENT

Le tarif quotidien pour un lit de soins de courte durée est de 44,38 \$ (1^{er} juillet 2025 – assujetti à une augmentation annuelle)

En signant ce formulaire de choix, je confirme avoir été informé du taux quotidien pour des soins de relève de courte durée.

CONSENTEMENT AU PLACEMENT

- Je consens à ce que Santé à domicile Ontario, en tant que coordonnateur des placements désigné, puisse divulguer mes renseignements personnels sur la santé au foyers de soins de longue durée de mon choix.
- Je reconnais avoir été informé des raisons pour lesquelles ces renseignements sont nécessaires et je les comprends. Je comprends que Santé à domicile Ontario mettra à jour cette information et la transmettra à d’autres Santé à domicile Ontario, aux autres professionnels de la santé participant à la prestation de mes soins et au foyers de soins de longue durée de mon choix.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

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

Mandataire spécial, veuillez remplir ce qui suit :	_____	☐ Procureur au soin de la personne	☐ Tuteur et curateur public
	Lien avec le patient		