

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 de télésurveillance à domicile *** seulement pour les sites hospitaliers participants : Cellulite Maladie pulmonaire obstructive chronique Diabète
 Personne âgée frêle Soins de réadaptation gériatrique Insuffisance cardiaque
 Ostéomyélite * Les **employés de l'hôpital** sont responsables de transmettre la demande par fax aux services paramédicaux communautaires.

3) Renseignements sur le patient

Désigné comme en attente d'un autre niveau de soins? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Date de la demande		Date de congé prévue
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (JJ MM AAAA)
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 patient, en raison de : Trouble auditif Trouble de cognition Préférence Langue
 Autre (Précisez.) _____

Nom	Téléphone
Relation avec le patient	

5) Renseignements sur la santé du patient

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?**

Dans l’affirmative, veuillez **aussi** remplir et soumettre les formulaires suivants, qui sont seulement disponibles en anglais : [Medical Referral](#) ou [Infusion Therapy / Venous Access Referral](#), le cas échéant.

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

Insuffisance cardiaque	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation d’oxygène	Pouls	Poids (lb)
Haut	150	100	100	100	+ 2 lb/jour
Faible	90	60	92	50	- 5 lb/jour

Maladie pulmonaire obstructive chronique	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation d’oxygène	Pouls	Poids (lb)
Haut	150	100	100	100	+ 5 lb/semaine
Faible	90	60	88	50	- 5 lb/semaine

Paramètres du patient (si les paramètres ci-dessus ne sont pas utilisés)

Patient	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation d’oxygène	Pouls	Poids (lb)
Haut					
Faible					

8) Renseignements sur la personne présentant la demande : Voulez-vous recevoir les rapports sur le patient? 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 patient? 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 patient 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 (par exemple, les notes de consultation, les rapports de laboratoire ou d'imagerie et tout problème de santé que subit le patient).

11) Médicaments : Veuillez inscrire ou joindre la liste des médicaments ci-dessous.

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 l'expéditeur vous donne d'autres directives. Vous devez éviter de copier les renseignements et de les divulguer à d'autres personnes.