



Formulaire de choix de foyer de soins de longue durée

Nom du patient : _____ Numéro de carte Santé : _____

Vous pouvez choisir jusqu'à cinq (5) foyers de soins de longue durée. Veuillez les classer par ordre de préférence. Vous devez être disposé à accepter le premier lit qui se libère dans un foyer que vous avez choisi. Vous pouvez cependant rester dans ce foyer jusqu'à ce qu'un lit se libère dans votre premier choix de foyer.

Région du Sud-Est	Type de chambre	Date d'ajout
1. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____

Extérieur de la région	Type de chambre	Date d'ajout
1. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____

Courte durée en lit provisoire	Type de chambre	Date d'ajout
1. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée	_____

Veillez remplir la page suivante



J'ai été informé(e) des différents coûts d'hébergement en chambre à deux lits ou individuelle dans le ou les foyers de soins de longue durée de mon choix.

Santé à domicile Ontario, à titre de coordonnateur des placements désigné, recueillera tous les renseignements personnels et médicaux nécessaires pour déterminer l'admissibilité au placement dans un foyer de soins de longue durée, prendra les dispositions nécessaires pour effectuer les évaluations appropriées, conservera ces renseignements au dossier et les communiquer aux 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 ces renseignements et les transmettra à d'autres organismes de Santé à domicile Ontario, au personnel d'hôpital (le cas échéant), et aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisis.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment. **Si je souhaite modifier un foyer ou un type de chambre, le présent formulaire doit être mis à jour, signé par moi-même ou mon mandataire spécial et transmis à Santé à domicile Ontario.**

Date : _____ Signature du patient/mandataire spécial : _____

OU Consentement verbal obtenu de : _____

Formulaire envoyé (par la poste, télécopieur ou courriel) pour signature par le patient ou mandataire.

Une signature est OBLIGATOIRE pour la présentation d'une offre de lit.

Date de réception par le coordonnateur de soins : _____



Projet de loi 7 : Foyers de soins de longue durée choisis par le coordonnateur de soins en vertu du Règlement de l’Ontario 246/22 – Pour les patients hospitalisés ayant besoin d’un autre niveau de soins ou de soins de longue durée

Nom du patient :

Numéro de carte Santé :

Les modifications apportées à la [Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée](#) permettent à un coordonnateur de soins travaillant avec les patients qui ont besoin d’un autre niveau de soins de faire ce qui suit avec ou sans le consentement du patient ou du mandataire spécial :

- Déterminer l’admissibilité du patient à un placement dans un foyer de soins de longue durée
- Choisir un ou des foyers de soins de longue durée pour un patient qui peuvent répondre à ses besoins en matière de soins
- Fournir aux foyers de soins de longue durée la demande de placement et les renseignements sur la santé du patient
- Autoriser l’admission du patient à un placement dans un foyer de soins de longue durée

Votre coordonnateur de soins a travaillé avec vous à toutes les étapes de ce processus et vous a fourni des renseignements sur les foyers qui peuvent répondre à vos besoins en matière de soins. Vous ou votre mandataire spécial avez pour l’instant choisi de ne pas donner votre consentement à la soumission d’une demande de placement dans un foyer de soins de longue durée ou à l’ajout de choix supplémentaires à votre liste de foyers de soins de longue durée, ou aux deux. Le coordonnateur de soins a fait les choix suivants en votre nom, conformément à l’article 60.1 de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*.

Les foyers figurant sur la présente liste de choix d’établissements ont été choisis par Santé à domicile Ontario, conformément au document d’orientation sur le terrain.

Choix ajoutés par Santé à domicile Ontario (patients hospitalisés seulement). Remarque : Les choix ci-dessous se classent après les foyers choisis par le patient à la page 1.

	Type de chambre	Date d’ajout
1. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle	_____

Commentaires ou renseignements supplémentaires (d’autres choix peuvent être ajoutés ci-dessous s’il n’y a plus de place ci-dessus); Exemples : renseignements ou choix supplémentaires selon le projet de loi 7, etc.

Date : _____ **Coordonnateur de soins :** _____