

LETTRÉ D'ENTENTE LA RÉADAPTATION EN TANT QUE NIVEAU DE SOINS APPROPRIÉ

_____ (insérer le nom du patient), vos besoins actuels en matière de soins ne comprennent plus les soins actifs en milieu hospitalier. L'équipe de soins de santé a passé en revue avec vous les choix possibles concernant votre congé et elle recommande la réadaptation. Les programmes de réadaptation suivants sont des programmes régionaux offerts à différents emplacements dans la région du Santé à domicile Ontario à Waterloo Wellington :

- ☐ Réadaptation générale
☐ Réadaptation après un AVC
☐ Réadaptation de faible intensité

Emplacement	Réadaptation générale	Réadaptation après un AVC	Réadaptation de faible intensité
Hôpital Cambridge Memorial, à Cambridge	✓	✓	
WRHN @Chicopee, à Kitchener	✓	✓	✓
St. Joseph's Health Centre, à Guelph	✓	✓	✓

Soins à domicile WW assure la coordination des renvois. L'hôpital transmettra vos renseignements médicaux et personnels au Soins à domicile WW, qui ajoutera votre nom à la liste d'attente. D'autres hôpitaux partenaires du Soins à domicile WW pourront connaître vos initiales et votre sexe. L'hôpital et Soins à domicile WW transmettront vos renseignements médicaux et personnels au responsable du programme de réadaptation.

Lorsqu'un lit sera disponible pour vous, le personnel de l'hôpital vous en avisera. Le premier lit disponible pourrait se trouver à n'importe lequel des emplacements susmentionnés. L'hôpital vous aidera à prendre les dispositions nécessaires concernant le transport vers l'endroit où votre lit se trouve.

J'ai passé en revue et je comprends les renseignements ci-dessus. J'accepte de participer au processus de renvoi vers un programme de réadaptation. Il est entendu que mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé seront communiqués au Soins à domicile WW et aux emplacements de la région offrant des services de réadaptation.

Nom du patient : _____

Signature du patient ou du mandataire : _____

Nom en lettres moulées du mandataire : _____ Date : _____

Documentation de l'entente verbale ou par téléphone (si on ne peut pas obtenir la signature du patient ou du mandataire)

Nom de la personne qui a donné le consentement : _____ Date : _____

Signature du membre du personnel : _____

Nom en lettres moulées du membre du personnel qui a obtenu le consentement : _____