



Going Home
Retour à la maison

Carefor

Autocollant de l'hôpital

Région de Champlain

COMTÉS DE L'EST

Tél : 613-932-3451
Télécopieur : 613-932-3755
Numéro sans frais : 1-800-267-1741

OTTAWA

Tél : 613-238-8420
Télécopieur : 613-238-9427
Numéro sans frais : 1-877-818-0884

COMTÉ DE PEMBROKE-RENFREW

Tél : 613-732-3949
Télécopieur : 613-732-7114



FORMULAIRE D'AIGUILLAGE POUR LE PROGRAMME RETOUR À LA MAISON

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Numéro de téléphone _____

Adresse _____ Ville _____ No de sonnerie (pour logement) _____ Code postal _____

RAMO _____ Sexe: Homme Femme Autre

Langue : Anglais Français Autre _____ Besoin d'un interprète? Oui Non

Précautions Additionnelles Contact Goutelette Aucune Établissement du congé en cas d'épidémie: Oui Non

Si le patient est admis à l'hôpital :

_____ Date de l'admission à l'hôpital

_____ Date du congé de l'hôpital

Si le patient n'est pas admis à l'hôpital

_____ Date de la visite à l'urgence

_____ Raison de le visite à l'hôpital

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom de famille _____ Prénom _____

No de tél. à domicile _____ Cellulaire _____ Travail _____ Poste _____

Lien de parenté avec le patient _____ Habite avec le patient? Oui Non

SOURCES DE L'AIGUILLAGE

Autocollant de l'hôpital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Almonte General Hospital | <input type="checkbox"/> Hôpital Glengarry Memorial |
| <input type="checkbox"/> Arnprior & District Hospital | <input type="checkbox"/> Hôpital Montfort |
| <input type="checkbox"/> Carleton Place & District Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Hôpital Queensway Carleton |
| <input type="checkbox"/> Centre de soins prolongés St. Joseph | <input type="checkbox"/> Hôpital Régional de Pembroke |
| <input type="checkbox"/> Centre de Santé Perley et Rideau Pour les Anciens Combattants | <input type="checkbox"/> Hôpital Saint-Vincent |
| <input type="checkbox"/> Deep River & District Hospital | <input type="checkbox"/> Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa |
| <input type="checkbox"/> Hôpital communautaire de Cornwall | <input type="checkbox"/> Kemptville District Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hôpital d'Ottawa - Campus Civic | <input type="checkbox"/> Le Royal - Centre de santé mentale Royal Ottawa |
| <input type="checkbox"/> Hôpital d'Ottawa - Campus Général | <input type="checkbox"/> Renfrew Victoria Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hôpital d'Ottawa - Centre de réadaptation | <input type="checkbox"/> St. Francis Memorial Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Élisabeth-Bruyère (Soins continus) | <input type="checkbox"/> Winchester District Memorial Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hôpital général de Hawkesbury et district | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Personne qui remplit le formulaire :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) en gestion des urgences gériatriques | <input type="checkbox"/> Planificateur(trice) de congé hospitalier | <input type="checkbox"/> Coordonnateur(trice) de soins du SSDMC | <input type="checkbox"/> Travailleur(euse) social |
| | | | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

Nom de famille _____ Prénom _____

Tél. au travail _____ Poste _____ Page(s) _____

Signature _____ Date _____

En signant ce formulaire, je confirme que le client a consenti à cette demande de service(s)

SERVICE(S) REQUIS

Choisir le service requis:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Repas à domicile | <input type="checkbox"/> Services de soutien à domicile | <input type="checkbox"/> Services de Transport: |
| <input type="checkbox"/> Ramasser par le patient | <input type="checkbox"/> Soins personnel | <input type="checkbox"/> Visiter la maison |
| <input type="checkbox"/> Livraison à domicile | <input type="checkbox"/> Aide à l'entretien ménager | <input type="checkbox"/> Visiter la maison |

G]`Y`gYfj jW`XYfUbgdcfhYghXYa UbXfzVta d`fY`gYWjcbg`5`9H`6

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

- Allergies _____
- Précautions au domicile:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accumulation d'objets | <input type="checkbox"/> Animaux |
| <input type="checkbox"/> Vermes | <input type="checkbox"/> Exposition à de la vermine contagieuse (punaises de lit, gale) |
| <input type="checkbox"/> Fume/Vapote | |

- Est-ce qu'un formulaire d'aiguillage a été envoyé aux Services de soutien à domicile et en milieu communautaire si le patient requiert des service de soins personnels; ou le patient reçoit déjà des services de soin personnels? Oui Non
- Sur une liste d'attente

Date de la demande _____

Commentaires concernant d'autres préoccupations pertinent à la prestation de services (ex: santé mentale, santé physique, problèmes cognitifs)



Going Home
Retour à la maison

Carefor

Autocollant de l'hôpital

Région de Champlain

COMTÉS DE L'EST

Tél : 613-932-3451
Télécopieur : 613-932-3755
Numéro sans frais : 1-800-267-1741

OTTAWA

Tél : 613-238-8420
Télécopieur : 613-238-9427
Numéro sans frais : 1-877-818-0884

**COMTÉ DE
PEMBROKE-RENFREW**

Tél : 613-732-3949
Télécopieur : 613-732-7114

B FORMULAIRE D'AIGUILLAGE DES PATIENTS POUR LE PROGRAMME RETOUR À LA MAISON
Pour accompagner le formulaire d'aiguillage Retour à la maison pour les personnes nécessitant du transport de l'hôpital à la maison.

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT - TRANSPORT À LA MAISON

Nom de famille _____ Prénom _____

Date du transport _____ Heure à laquelle le patient sera prêt _____ Hôpital _____ No d'étage et de chambre du patient _____

Adresse de destination (si ailleurs qu'à la maison) _____

Le client a-t-il une clé de son domicile? Oui Non _____
Nom et le numéro de téléphone de la personne qui sera présente pour déverrouiller la porte

Le client voyage-t-il seul? Oui Non _____
Nom de la personne accompagnant le client à la maison

Ordonnance à ramasser? Oui Non

NOTE: L'ordonnance doit être envoyée par télécopieur à l'avance et les médicaments prêts à l'arrivée.
Le client doit avoir de l'argent pour payer.

Ordonnance envoyée par télécopieur? Oui Non Le client a-t-il l'argent pour payer? Oui Non

Nom de la pharmacie _____ Adresse de la pharmacie _____

DÉTAILS CONCERNANT LE CLIENT

Le client possède son oxygène personnel? Oui Non

Le client porte des vêtements appropriés pour le transport (p. ex. chaussures, manteau, couverture)? Oui Non

Un maximum d'un sac est alloué pour le transport. Veuillez confirmer si le client apporte un sac : Oui Aucun Sac

Doit-on prévoir un fauteuil roulant manuel pour le transport du client? Oui Non

Est-ce qu'il y a une rampe d'accès au domicile? Oui Non

L'hôpital fournit un fauteuil d'emprunt? Oui Non

Aide à la mobilité :	Le client peut-il entrer/sortir du véhicule seul?	Oui	Non
Requis non-requis			
Où se trouve l'aide à la mobilité :			
À la maison	Nombre de marches : _____ Pour accéder à la maison À l'intérieur de la maison		
Avec le patient à l'hôpital	L'allée et l'accès à la porte sont-ils dégagés pour l'entrée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Fauteuil roulant (électrique)			
Poids du client _____	Le client peut-il monter les marches pour accéder à la maison et à l'intérieur de la maison?		
Fauteuil roulant (manuel)			
Poids du client _____	Oui, seul	Oui - Avec supervision	
Marchette	Oui- En tenant le bras	Non	
Canne			

Commentaires autres préoccupations concernant le transport: