



**Going Home**  
Retour à la maison

**Carefor**

Autocollant de l'hôpital

Région de Champlain

**COMTÉS DE L'EST**

Tél : 613-932-3451 p. 7  
Télécopieur : 613-932-3755

**OTTAWA**

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

**COMTÉ DE PEMBROKE-RENFREW**

Tél : 613-732-3949 p. 7  
Télécopieur : 613-732-7114



**FORMULAIRE D'AIGUILLAGE POUR LE PROGRAMME RETOUR À LA MAISON**

**RENSEIGNEMENTS DU PATIENT**

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance JJ/MMM/AAAA \_\_\_\_\_ 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 JJ/MMM/AAAA

\_\_\_\_\_ Date du congé de l'hôpital JJ/MMM/AAAA

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

\_\_\_\_\_ Date de la visite à l'urgence JJ/MMM/AAAA

\_\_\_\_\_ Date de l'évaluation complétée par GEM (Gestion des urgences gériatriques) JJ/MMM/AAAA

\_\_\_\_\_ Raison de la 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

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

**Personne qui remplit le formulaire :**

- Infirmier(ère) en gestion des urgences gériatriques
- Planificateur(trice) de congé hospitalier
- Coordonnateur(trice) de soins du SSDMC
- Travailleur(euse) social
- 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:**

- Repas à domicile
- Services de soutien à domicile
- Services de Transport:
- Ramasser par le patient
- Soins personnel
- Transport à la maison
- Livraison à domicile
- Aide à l'entretien ménager
- Transport pour les rendez-vous de suivi

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

**RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS**

Allergies \_\_\_\_\_

Précautions au domicile:

- Accumulation d'objets
- Animaux
- Vermes
- Exposition à de la vermine contagieuse (punaises de lit, gale)
- 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 p. 7  
Télécopieur : 613-932-3755

**OTTAWA**

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

**COMTÉ DE  
PEMBROKE-RENFREW**

Tél : 613-732-3949 p. 7  
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 :

Requis  non-requis

Où se trouve l'aide à la mobilité :

À la maison

Avec le patient à l'hôpital

Fauteuil roulant (électrique)

Poids du client \_\_\_\_\_

Fauteuil roulant (manuel)

Poids du client \_\_\_\_\_

Marchette

Canne

Le client peut-il entrer/sortir du véhicule seul?  Oui  Non

Nombre de marches : \_\_\_\_\_  
Pour accéder à la maison      À l'intérieur de la maison

L'allée et l'accès à la porte sont-ils dégagés pour l'entrée?  Oui  Non

Le client peut-il monter les marches pour accéder à la maison et à l'intérieur de la maison?

Oui, seul

Oui- En tenant le bras

Oui - Avec supervision

Non

Commentaires autres préoccupations concernant le transport: