

Code de frais

Il faut utiliser ce formulaire pour remplir l'évaluation de la santé requise en vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* lorsqu'une personne présente une demande de détermination de l'admissibilité à l'admission dans un foyer de soins de longue durée. Cette évaluation doit être effectuée par un médecin ou une infirmière autorisée appartenant à la catégorie générale ou à la catégorie spécialisée. Veuillez consulter la dernière page de ce formulaire pour obtenir de plus amples renseignements.

VEUILLEZ COMMENCER PAR PASSER EN REVUE CETTE PARTIE – État de l'évaluation

Évaluation initiale

S'il s'agit du premier formulaire d'évaluation de la santé rempli par ce praticien pour ce demandeur, **veuillez l'indiquer en cochant la case ci-dessus et remplir toutes les sections du présent formulaire.**

Remarque : Si vous soumettez le formulaire par télécopieur, assurez-vous également de télécopier tout document supplémentaire que vous souhaitez joindre à la présente évaluation.

Réévaluation

Si un formulaire d'évaluation de la santé a déjà été rempli par ce praticien pour ce demandeur, **veuillez indiquer qu'il s'agit d'une réévaluation en cochant la case ci-dessus et en remplissant le champ suivant :**

Si elle est connue, date de l'évaluation précédente soumise à Santé à domicile Ontario (aaaa/mm/jj) :

Y a-t-il eu un changement dans l'état de santé du demandeur depuis cette évaluation?

Oui (veuillez remplir les sections **Renseignements sur le demandeur et Renseignements sur le praticien et seulement les sections applicables** qui reflètent le changement dans l'état de santé du demandeur depuis l'évaluation précédente).

Non (veuillez remplir les sections **Renseignements sur le demandeur et Renseignements sur le praticien** et apposer votre signature à la dernière page du formulaire).

Une fois rempli, veuillez soumettre ce formulaire et tout autre document à Santé à domicile Ontario

Renseignements de Santé à domicile Ontario (cette section doit être remplie par le coordonnateur des placements désigné)

Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec :

Personne-ressource de Santé à domicile Ontario

Nom de famille	Prénom	Numéro de téléphone	poste
----------------	--------	---------------------	-------

Retourner le formulaire rempli à :

Bureau local de Santé à domicile Ontario	Numéro de télécopieur
--	-----------------------

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom
----------------	--------	---------------------------

Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Numéro de la carte Santé	Code de version	Date d'expiration (aaaa/mm/jj)
--------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------------

Genre
 Homme Femme Autre ► veuillez préciser _____ Inconnu Non divulgué

Adresse postale du demandeur

Numéro de l'unité	Numéro de rue	Nom de rue	Case postale
-------------------	---------------	------------	--------------

Nom de famille du demandeur		Prénom du demandeur		Numéro de la carte Santé	
Numéro du lot		Concession		Route rurale	
Ville ou municipalité			Province		Code postal

Diagnostics médicaux

Remarque : Cette section vise à saisir les problèmes de santé actuels afin de fournir une idée des besoins en soins de longue durée de la personne.

Le cas échéant, les praticiens sont fortement encouragés à inclure le profil cumulatif du patient.

Documentation supplémentaire

Nous vous encourageons également à joindre des documents supplémentaires pertinents ayant trait aux problèmes de santé actuels du demandeur, le cas échéant. Voici des exemples de documents pertinents : évaluations gériatriques ou psychogériatriques; notes de consultation de spécialistes; tests médicaux; rapports/sommaires de congé d'hôpital; évaluations/notes d'ergothérapie/de physiothérapie; rapports d'orthophonie (p. ex., évaluation de la déglutition); évaluations/notes du travailleur social; évaluation globale des besoins individuels GAIN; objectifs des soins.

Remarque : On présumera que le praticien a obtenu le consentement du demandeur, au besoin, pour soumettre toute pièce jointe supplémentaire (p. ex. évaluations psychiatriques).

Le profil cumulatif du patient est joint au présent formulaire.

Si le profil cumulatif du patient n'y est pas joint, veuillez énumérer les diagnostics médicaux historiques actifs et pertinents du demandeur ci-dessous :

Planification préalable des soins (Les renseignements sont joints au présent formulaire)

Veuillez inclure toute information sur la planification préalable des soins ou la planification ou les exigences en matière de soins de fin de vie, si elle est connue :

Le praticien a discuté de la planification préalable des soins ou des soins de fin de vie avec (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :

le demandeur la famille du demandeur le mandataire spécial inconnu

Nom de famille du demandeur

Prénom du demandeur

Numéro de la carte Santé

Autre : _____

Commentaires supplémentaires

Médicaments actuels (Les renseignements sont inclus dans le profil cumulatif du patient joint au présent formulaire)

Veillez fournir une liste complète des médicaments actuels du demandeur. Il est très important que les foyers de soins de longue durée soient au courant des médicaments prioritaires suivants pour assurer la continuité des soins lorsqu'ils ont été prescrits : **Benzodiazépines, antipsychotiques, autres psychotropes, opioïdes, diurétiques/antiglycémiques.**

Si des médicaments prioritaires ont été prescrits, veuillez indiquer le nom et la raison de la prescription ainsi que des renseignements supplémentaires, s'ils sont connus.

La liste des médicaments actuels du demandeur est jointe au présent formulaire.

Si la liste n'y est pas jointe, veuillez préciser les médicaments actuels du demandeur.

Remarque : Inclure les suppléments prescrits et en vente libre (s'ils sont connus), s'il y a lieu.

Nom de famille du demandeur

Prénom du demandeur

Numéro de la carte Santé

Oxygène <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions : <input type="checkbox"/> Réservoir <input type="checkbox"/> Concentrateur <input type="checkbox"/> Inconnu	Si cette information est connue, veuillez préciser ce qui suit : <input type="checkbox"/> En continu : _____ Taux : _____ (L/min) <input type="checkbox"/> Effort/selon le besoin Taux : _____ (L/min)
---	--	---

Si un médicament en particulier a été abandonné au cours des 3 derniers mois, veuillez fournir des précisions :

Allergies (Les renseignements sont inclus dans le profil cumulatif du patient joint au présent formulaire)

Le demandeur a-t-il des allergies graves connues? (p. ex. médicaments, aliments, latex, insectes piqueurs/hyménoptères)

Oui Non Inconnu

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions et des renseignements supplémentaires, le cas échéant (p. ex. gravité, type de réaction, si un EpiPen ou auto-injecteur est requis, traitement)

Vaccins (lorsqu'ils sont connus) (Les renseignements sont inclus dans le profil cumulatif du patient joint au présent formulaire)

Date du dernier vaccin contre le tétanos et la diphtérie (Td) (aaaa/mm/jj) _____

Date du dernier vaccin contre le tétanos et la diphtérie, la coqueluche acellulaire (Tdap) (aaaa/mm/jj) _____

Date du vaccin contre le pneumocoque (aaaa/mm/jj) _____

Date du dernier vaccin contre la COVID-19 (aaaa/mm/jj) _____

Date du dernier vaccin contre la grippe (aaaa/mm/jj) _____

Date du dernier vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS) (aaaa/mm/jj) _____

Trouble(s) lié(s) à la consommation d'une substance ou dépendance

Remarque : Cette section vise à saisir les troubles liés à l'alcool, à la nicotine et/ou d'autres troubles liés à la consommation de substances ou à la dépendance à des substances.

La personne a-t-elle un trouble lié à la consommation d'une substance ou une dépendance à une substance?

Oui/soupçonné Non

Si vous avez répondu « Oui/soupçonné », veuillez préciser :

Dépendance à la nicotine (Tabagisme Autre (p. ex. tabac ou gomme à mâcher, timbre) : _____)

Alcool

Cannabis (Tabagisme Autre (p. ex. vapotage, manger, boire) : _____)

Opioides

Benzodiazépines

Autre : _____

Le demandeur suit-il un traitement d'entretien à la méthadone ou reçoit-il un autre traitement pour un trouble lié à la consommation d'opioïdes?

Oui Non

Nom de famille du demandeur	Prénom du demandeur	Numéro de la carte Santé
-----------------------------	---------------------	--------------------------

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir le nom et les coordonnées du médecin prescripteur, s'ils sont connus :

Nom de famille	Prénom	Numéro de téléphone
----------------	--------	---------------------

Si vous les connaissez, fournissez l'adresse et les coordonnées de la pharmacie associée :

Nom de la pharmacie	Numéro de téléphone
---------------------	---------------------

Numéro de l'unité	Numéro de rue	Nom de rue	Case postale
Ville ou municipalité		Province	Code postal

Commentaires supplémentaires (p. ex. antécédents de consommation de substances) :

Comportements réactifs

S'il est connu, indiquez et décrivez tout comportement actuel ou au cours des 12 derniers mois :

Errance Physique Verbal Sexuel Aucun Inconnu

Autre (précisez) : _____

Détails supplémentaires sur les comportements ci-dessus (fréquence des comportements manifestés, déclencheurs, interventions, etc.)

Plaies (Les renseignements sont inclus dans le profil cumulatif du patient joint au présent formulaire)

Le demandeur a-t-il une ou plusieurs plaies?

Oui Non Inconnu

Si « Oui », veuillez préciser le type de plaie(s) :

Post-chirurgie Plaies de pression Ulcère diabétique Autre : _____

Le demandeur utilise-t-il une cicatrisation par pression négative (VAC) pour une plaie?

Oui Non Inconnu

Le demandeur a-t-il un spécialiste du soin des plaies?

Nom de famille du demandeur	Prénom du demandeur	Numéro de la carte Santé
-----------------------------	---------------------	--------------------------

Oui Non Inconnu

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir son nom et ses coordonnées, s'ils sont connus :

Nom de famille	Prénom	Numéro de téléphone
----------------	--------	---------------------

Renseignements supplémentaires (p. ex. antécédents de plaies, emplacement de la plaie, stade des plaies de pression, traitement actuel des plaies, fournitures spécialisées requises) :

Dépistage de la tuberculose (TB)

Partie 1 : Dépistage des Symptômes

- Dépistage des symptômes effectué
 Dépistage des symptômes non effectué

Remarque : Le ministère des Soins de longue durée a supprimé l'exigence d'une radiographie thoracique de la tuberculose pour tous les demandeurs aux soins de longue durée, et l'exige seulement pour les personnes symptomatiques.

Les symptômes comprennent une toux nouvelle ou qui s'aggrave (qui dure trois semaines ou plus); une hémoptysie (toux avec sang); une pneumonie persistante; de la fièvre; une perte de poids inexplicquée; des sueurs nocturnes; une perte d'appétit (anorexie); une fatigue extrême; une lymphadénopathie; des douleurs thoraciques (inexplicquées); une dyspnée (inexplicquée).

Le demandeur présente-t-il de nouveaux symptômes ou ses symptômes se sont-ils aggravés?

- Oui – Radiographie pulmonaire requise. Veuillez joindre les résultats et inclure toute mesure additionnelle prise, s'il y a lieu :

- Non – Veuillez passer au dépistage des facteurs de risque.

Si des symptômes étaient présents, mais que le test était négatif, veuillez passer au dépistage des facteurs de risque.

Partie 2 : Dépistage des facteurs de risque

- Dépistage des facteurs de risque effectué
 Facteurs de risque inconnus/dépistage non effectué

Dans la mesure du possible, les personnes asymptomatiques devraient faire l'objet d'un dépistage des facteurs de risque. Ces renseignements sont utiles pour la prise en charge des patients en soins de longue durée.

Les facteurs de risque d'infection à la TB comprennent le fait d'être né dans une région endémique de la TB ou de s'y être récemment rendu (3 mois ou plus dans une région où l'incidence de la TB est élevée ou cumulative au cours de la vie); le fait d'avoir vécu, travaillé ou passé du temps dans des régions ou des milieux au Canada où l'exposition à la TB est réputée comme étant élevée; le fait d'avoir séjourné dans un établissement correctionnel ou un refuge; l'itinérance ou le manque de logement; les personnes qui s'injectent des drogues ou souffrent d'un trouble lié à la consommation de substances.

Avez-vous connaissance de facteurs de risque de tuberculose chez le demandeur?

- Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

Remarque : Une fois qu'il a été indiqué si un ou plusieurs facteurs de risque sont présents, aucune autre mesure n'est requise.

Dépistage des organismes résistants aux antibiotiques (ORA)

Un dépistage de l'ORA a-t-il été effectué auprès du demandeur au cours des 6 derniers mois?

- Oui Non Inconnu **Si vous avez répondu « Oui », veuillez joindre les résultats et indiquer les mesures prises.**

Nom de famille du demandeur	Prénom du demandeur	Numéro de la carte Santé
-----------------------------	---------------------	--------------------------

Mesures prises ou commentaires supplémentaires :

Instrumentes médicaux et appareils fonctionnels/adaptatifs

Le demandeur utilise-t-il des appareils médicaux, fonctionnels ou adaptatifs?

Oui Non Inconnu

Si vous le connaissez, veuillez sélectionner le type ci-dessous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appareil de ventilation en pression positive à deux niveaux (BiPAP) | <input type="checkbox"/> Surveillance et approvisionnement continu de la glycémie |
| <input type="checkbox"/> Appareil de ventilation à pression positive continue (CPAP) | <input type="checkbox"/> Pompe à insuline et fournitures |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> Équipement ou fournitures de dialyse péritonéale |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant bariatrique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Commentaires/spécifications supplémentaires

Renseignements sur le praticien

Le praticien qui effectue l'évaluation de la santé est-il le fournisseur de soins primaires du demandeur?

Oui Non Aucun fournisseur de soins primaires

Si vous avez répondu « Non », veuillez préciser le nom du fournisseur de soins primaires, s'il est connu :

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

Le fournisseur de soins primaires est-il disposé à continuer de fournir des soins après l'admission du demandeur dans un foyer de soins de longue durée?

Oui Non Inconnu

Nom et désignation du praticien qui effectue l'évaluation de la santé :

Médecin Infirmière autorisée Infirmière autorisée (catégorie spécialisée)

Nom de famille	Prénom	Numéro de téléphone
----------------	--------	---------------------

Adresse postale

Numéro de l'unité	Numéro de rue	Nom de rue	Case postale
-------------------	---------------	------------	--------------

Numéro du lot	Concession	Route rurale
---------------	------------	--------------

Ville ou municipalité	Province	Code postal
-----------------------	----------	-------------

Signature du praticien	Date (aaaa/mm/jj)
------------------------	-------------------

Exigences législatives

Ce formulaire doit être utilisé pour remplir l'évaluation de la santé requise en vertu de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* lorsqu'une personne présente une demande de détermination de l'admissibilité à l'admission dans un foyer de soins de longue durée. L'évaluation requise porte sur la santé physique et mentale du demandeur et sur les exigences du demandeur en matière de traitement médical et de soins de santé. Cette évaluation doit être faite par un médecin ou une infirmière autorisée.

Processus de détermination de l'admissibilité et de l'admission dans un foyer de soins de longue durée

Cette évaluation et d'autres renseignements sur le demandeur seront utilisés par le coordonnateur des placements désigné, Santé à domicile Ontario (SDO), pour déterminer si le demandeur est admissible à l'admission dans un foyer de soins de longue durée. Si le demandeur est jugé admissible, cette évaluation sera fournie au(x) foyer(s) de soins de longue durée choisi(s) afin que le(s) foyer(s) décide(nt) d'approuver ou non l'admission de la personne. Le ou les foyers examineront cette évaluation pour déterminer s'ils n'ont pas les installations physiques ou l'expertise en soins infirmiers nécessaires pour répondre aux exigences du demandeur en matière de soins. Il est essentiel de fournir des renseignements exhaustifs, complets et exacts sur la personne qui présente une demande d'admission. Il est également essentiel que ces renseignements soient fournis rapidement afin d'éviter les retards dans le processus d'admission.