



To be completed by the attending physician where application is being made for the services of a registered nurse in the home of a person who is elderly, handicapped, ill or convalescent.

À remplir par le médecin traitant si la demande vise les services d'une infirmière visiteuse autorisée chez une personne âgée, handicapée, malade ou convalescente.

1. Name of applicant -last name, first name (*please print*) / Nom de l'auteur de la demande - nom, prénom (*en caractères d'imprimerie*)

Address (*number, street name, city/town, Province, Postal code*) / Adresse (*numéro, nom de rue, ville, province, code postal*)

2. The applicant requires the services of a registered nurse on a visitation basis in his/her home in order to (*check*):
Les services d'une infirmière visiteuse autorisée chez l'auteur de la demande sont nécessaires pour lui permettre (*cochez*) :

- enable him/her to remain at home make possible his/her return home from the hospital or other institution named below
de rester chez lui de rentrer chez lui après un séjour à l'hôpital ou dans l'établissement suivant :

Name of hospital or institution / Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Address (*number, street name, city/town, Province, Postal code*) / Adresse (*numéro, nom de rue, ville, province, code postal*)

3. a) Nursing procedures to be administered (*check*) / Nature des soins infirmiers à administrer (*cochez*) :

- bed bath catheterization dressings enemas hypodermic injection intravenous infusion
toilette au lit cathétérisme pansements lavements injections hypodermiques infusion intraveineuse
- irrigation other (specify)
irrigation autre (précisez)

b) Visits recommended / Visites recommandées :

- daily weekly, no of ____ monthly, no of ____
tous le jours ____ fois par semaines ____ fois par mois

c) For a period of / Pour une période de

- days ____ weeks ____ months ____
____ jours ____ semaines ____ mois

4. Physician's name -last name, first name (*print*) / Nom du médecin - nom, prénom (*en caractères d'imprimerie*)

Address (*number, street name, city/town, Province, Postal code*) / Adresse (*numéro, nom de rue, ville, province, code postal*)

Date (*yyyy/mm/dd*) / Date (*aaaa/mm/jj*) Physician's signature / Signature du médecin