

## Télésoins à domicile – Programme de surveillance à distance Formulaire de renvoi

Veillez envoyer le formulaire  
rempli par télécopieur au :  
613 745-8243 ou 1 855 450-8569

1) **Demandez-vous des services de soins infirmiers, de soutien à la personne, d'ergothérapie, de physiothérapie, de diététiste, de travail social ou d'orthophonie?** Si oui, *n'utilisez pas ce formulaire*; utilisez plutôt le formulaire de [demande de services médicaux](#) ou [demande de thérapie par perfusion/dispositif d'accès veineux](#) (en anglais seulement).

2) **Quel programme demandez-vous?**

a) **Télesurveillance pour**  MPOC  Insuffisance cardiaque  COVID-19  Diabète

b) **Programme rehaussé de télésurveillance à domicile – projets pilotes**, qui comprennent ce qui suit : visites du personnel infirmier d'intervention rapide, télésurveillance, services paramédicaux communautaires, partenariat avec l'hôpital. **\*\* L'Hôpital doit transmettre le renvoi par télécopieur aux services paramédicaux communautaires d'Ottawa ou aux services paramédicaux communautaires de Prescott Russell. \*\***

**Quel emplacement?**  Hôpital Montfort  Hôpital Queensway Carleton

**Quel projet pilote?**  MPOC  Insuffisance cardiaque

Autre niveau de soins  Diabète  Cellulite ou Ostéomyélite

3) **Information sur le patient**

Date du renvoi		Date de sortie prévue	
Nom de famille		Prénom	Date de naissance (JJ MM AAAA)
Numéro de carte Santé		CV	Genre
Adresse		Ville	
Code postal	Téléphone principal	Cellulaire	
Langue maternelle		Langue seconde	

4) **Admissibilité** (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le patient a reçu un diagnostic établi (de COVID-19, cas probables acceptés)  | <input type="checkbox"/> Le fournisseur de soins de santé estime que le patient bénéficiera de Télésoins à domicile. |
| <input type="checkbox"/> Visites au service des urgences / admissions à l'hôpital / visites chez le fournisseur de soins primaires fréquentes et / ou difficulté à gérer les symptômes de la maladie (c'est-à-dire anxiété, essoufflement, œdème). | <input type="checkbox"/> Le patient ou le soignant est en mesure de fournir un consentement éclairé à participer     |

5) **Principaux diagnostics à surveiller**  MPOC  Insuffisance cardiaque  COVID-19  Diabète

**Comorbidités :**

- |                                  |                                   |   |                                     |  |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> MPOC     | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Ostéoporose            | <input type="checkbox"/> Cancer     | <input type="checkbox"/> Autre                   |

Les informations figurant sur ce formulaire sont privées et confidentielles, destinées uniquement au destinataire désigné. Si vous recevez ce formulaire par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les informations en lieu sûr jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas les informations et ne les divulguiez pas à quiconque.

**6) Paramètres physiologiques** - Les paramètres vitaux suivants du patient seront surveillés

Défaut - insuffisance cardiaque	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation en oxygène	Pouls	Poids (lb)
Élevé	150	100	100	100	+ 2 lb / jour
Bas	90	60	92	50	- 5 lb / jour

Défaut - MPOC	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation en oxygène	Pouls	Poids (lb)
Élevé	150	100	100	100	+ 5 lb / semaine
Bas	90	60	88	50	- 5 lb / semaine

Les paramètres par défaut CI-DESSUS seront utilisés sauf si des paramètres particuliers sont fournis CI-DESSOUS :

Patient	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation en oxygène	Pouls	Poids (lb)
Élevé					
Bas					

**7) Informations sur l'auteur de la demande**

Je souhaite recevoir les rapports sur le patient  Oui  Non

Nom	Poste	Numéro CPSO/OIIO
Organisme	Timbre de nom/d'adresse	
Adresse		
Téléphone		

**8) Informations sur le fournisseur de soins primaires**  Mêmes que ci-dessus

Le fournisseur de soins primaires souhaite-t-il recevoir les rapports sur le patient?  Oui  Non  S.O.

Nom	Poste	Numéro CPSO/OIIO
Organisme	Timbre de nom/d'adresse	
Adresse		
Téléphone		

**9) Information supplémentaire**

Si possible, veuillez joindre toute information supplémentaire (notes de consultants, rapports de laboratoire ou d'imagerie, problèmes de santé du patient).

**10) Médicaments**  La liste actuelle des médicaments est jointe (ou consignée ci-dessous)  Communiquez avec la pharmacie pour obtenir la liste des médicaments

Les informations figurant sur ce formulaire sont privées et confidentielles, destinées uniquement au destinataire désigné. Si vous recevez ce formulaire par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les informations en lieu sûr jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas les informations et ne les divulguiez pas à quiconque.