

Télésoins à domicile – Formulaire de renvoi vers le programme de surveillance à distance des patients atteints de la COVID-19

Veuillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au **1-855-352-2555**.

Renseignements sur le patient
Date du renvoi : _____

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Numéro de carte Santé			CV	Genre	
Adresse			Ville		
Code postal	Numéro de téléphone principal		Numéro de téléphone cellulaire		
Langue maternelle	Langue seconde		Date de mise en congé possible (JJ-MM-AAAA)		
Adresse courriel			Personne à joindre en cas d'urgence		

Les patients inscrits au programme de surveillance à distance utilisent une application sur leur téléphone intelligent pour communiquer leurs symptômes à l'infirmière. Veuillez indiquer clairement le numéro de téléphone cellulaire :

N° DE CELLULAIRE : _____ Le patient n'a pas d'appareil intelligent.

Critères d'admissibilité (le patient doit satisfaire à TOUS les critères)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Résultat positif au dépistage de la COVID-19

<input type="checkbox"/> CAS TRÈS PROBABLE, c.-à-d. contact direct avec un cas confirmé de COVID-19 | <input type="checkbox"/> Le patient accepte de participer au programme de surveillance à distance

<input type="checkbox"/> Le patient ou soignant peut communiquer avec l'infirmière en français ou en anglais |
|--|---|

Facteurs de risque

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète avec complications

<input type="checkbox"/> Obésité extrême

<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique (p. ex. MPOC, emphysème), ou asthme modéré ou sévère | <input type="checkbox"/> Système immunitaire affaibli

<input type="checkbox"/> Cirrhose du foie

<input type="checkbox"/> Problèmes neurologiques qui affaiblissent la capacité de tousser | <input type="checkbox"/> Grossesse

<input type="checkbox"/> 65 ans ou plus

<input type="checkbox"/> O ₂ à domicile, L/min : _____ | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive

<input type="checkbox"/> Dialyse |
|---|---|--|--|

Renseignements sur la personne effectuant le renvoi

Nom	Titre de poste
Numéro de téléphone	N° OMCO/OIIO

 Emplacement du fournisseur d'où provient le renvoi

<input type="checkbox"/> Clinique d'évaluation de la COVID-19	Nom de la clinique et hôpital connexe COVID-19
<input type="checkbox"/> Services des urgences d'hôpital	Nom de l'hôpital
<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Soins primaires

Renseignements sur le fournisseur de soins primaires

Nom	N° OMCO/OIIO
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

Date à laquelle le formulaire a été rempli (JJ-MM-AAAA)

Renseignements supplémentaires (au besoin)