

Formulaire de renvoi à Télésoins à domicile pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'une insuffisance cardiaque congestive

Veillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au
905-444-2555 or 1-855-352-2555

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Date du renvoi (JJ MM AAAA): _____ / _____ / _____

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE (JJ MM AAAA)	
NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL		NUMÉRO DE CARTE SANTÉ (Assurance santé de l'Ontario)		Code de version	SEXE <input type="radio"/> HOMME <input type="radio"/> FEMME
ADRESSE				VILLE	
CODE POSTAL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE RESSOURCE PRINCIPALE			
LANGUE MATERNELLE		NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE RESSOURCE SECONDAIRE			

ADMISSIBILITÉ AUX SERVICES DE TÉLÉSOINS À DOMICILE

- Le patient a un diagnostic établi d'insuffisance cardiaque ou de MPOC (avec ou sans comorbidité).
- Le patient a une adresse et un numéro de téléphone.
- Le patient est capable d'utiliser l'équipement de surveillance (p. ex., un tensiomètre, un oxymètre de pouls ou une balance). Le patient est capable de lire et de répondre à des questions (oui ou non et choix multiples) en utilisant un ordinateur ou une tablette.
- Le patient répond aux critères d'admissibilité à une clinique virtuelle pour la MPOC (diagnostic CONFIRMÉ de MPOC et aggravation des symptômes, entraînant une visite au service des urgences ou l'hospitalisation).

- Le patient accepte de faire partie du programme de télésoins à domicile.*
- Le patient accepte de remplir le sondage sur l'expérience du patient.
- Le patient opte de ne pas remplir le sondage.
Signature du patient : _____

(*L'équipement de surveillance NE sera PAS livré avant que le patient ait fourni son consentement par écrit.)

- Consentement verbal obtenu**

PRINCIPAL DIAGNOSTIC À SURVEILLER

- MPOC Insuffisance cardiaque Taille du brassard de tensiomètre : S M L

COMORBIDITÉS

- Diabète MPOC Insuffisance cardiaque Dépression Hypertension Maladie du rein chronique
 Anxiété Arthrite Osteoporosis Cancer Autre _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE

- Je souhaite recevoir les rapports sur le patient. _____

NOM		ORGANISATION	NUMÉRO CPSO/OIHO	SIGNATURE
POSTE	AUTRE DESCRIPTION		TIMBRE DE NOM/D'ADRESSE	
ADRESSE				
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR			

Remarque : Les renseignements contenus dans ce formulaire sont confidentiels. Le document contient des renseignements personnels sur la santé qui sont assujettis aux dispositions de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Le présent document et son contenu ne peuvent pas être copiés, distribués ou divulgués à toute personne non autorisée. Si vous avez reçu le présent formulaire par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'auteur ou l'expéditeur.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES

Même que ci dessus

NOM	NUMÉRO CPSO/OIIO
ADRESSE	

Une liste de médicaments complète serait utile.

Veuillez joindre toute information supplémentaire disponible (p. ex., notes de consultants, rapports de laboratoire ou d'imagerie, problèmes de santé du patient).

PARAMÈTRES PHYSIOLOGIQUES

Les paramètres physiologiques suivants du patient seront surveillés :

DÉFAUT – insuffisance cardiaque	TENSION SYSTOLIQUE	TENSION DIASTOL- IQUE	SATURATION EN OXYGÈNE	POULS	POIDS (LBS.)	DÉFAUT - MPOC	TENSION SYSTOLIQUE	TENSION DIASTOL- IQUE	SATURATION EN OXYGÈNE	POULS	POIDS (LBS.)
Élevée	150	100	100	100	+2 lbs/ jour	Élevée	150	100	100	100	+5 lbs/ semaine
Faible	90	60	92	50	-5 lbs/ jour	Faible	90	60	88	50	-5 lbs/ 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

MÉDICAMENTS

- La liste actuelle des médicaments est jointe (ou consignée ci dessous).
- Communiquer avec la pharmacie pour obtenir la liste des médicaments.

INSCRIVEZ LA LISTE DES MÉDICAMENTS ET TOUTE INSTRUCTION OU NOTE SUPPLÉMENTAIRE CI DESSOUS.

Remarque : Les renseignements contenus dans ce formulaire sont confidentiels. Le document contient des renseignements personnels sur la santé qui sont assujettis aux dispositions de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Le présent document et son contenu ne peuvent pas être copiés, distribués ou divulgués à toute personne non autorisée. Si vous avez reçu le présent formulaire par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'auteur ou l'expéditeur.