

LETTRE D'ENTENTE GESTION DES SOINS MÉDICAUX COMPLEXES

_____ (insérer le nom du patient), vos besoins actuels en matière de soins ne comprennent plus les soins actifs en milieu hospitalier. L'équipe de soins de santé a passé en revue avec vous les choix possibles concernant votre congé. Dans votre cas, le niveau de soins recommandé est la gestion des soins médicaux complexes. Le programme de gestion des soins médicaux complexes est offert dans toute la région desservie par le RLISS de Waterloo Wellington aux emplacements suivants :

- Gestion des soins médicaux complexes (*une quote-part pourrait s'appliquer*)
 - Grand River Hospital – Freeport Health Centre, à Kitchener (GRH);
 - Hôpital Groves Memorial, à Fergus;
 - St. Joseph's Health Centre, à Guelph (SJHC);
- Programme de respiration assistée chronique au Grand River Hospital – Freeport Health Centre, à Kitchener.

Les renvois sont coordonnés par le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISS). L'hôpital communiquera vos renseignements médicaux et personnels au RLISS. Le personnel du RLISS examinera ces renseignements et, si vous êtes admissible, il ajoutera votre nom à la liste d'attente pour un lit. La liste d'attente, laquelle comprend votre nom et votre sexe, sera accessible à d'autres hôpitaux partenaires du RLISS.

Lorsqu'un lit sera disponible pour vous, le personnel de l'hôpital vous en avisera. Le lit pourrait se trouver à n'importe lequel des emplacements susmentionnés. L'hôpital et le RLISS de Waterloo Wellington partageront vos renseignements médicaux et personnels avec les responsables des programmes. L'hôpital vous aidera à prendre les dispositions nécessaires concernant le transfert à l'endroit où votre lit se trouve.

J'ai passé en revue et je comprends les renseignements ci-dessus. J'accepte de participer au processus de renvoi vers la gestion des soins médicaux complexes. Il est entendu que mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé seront communiqués au RLISS de Waterloo Wellington et aux emplacements de la région offrant des soins continus complexes.

Nom du patient : _____

Signature du patient ou du mandataire : _____

Nom en lettres moulées du mandataire : _____ Date : _____

Documentation de l'entente verbale ou par téléphone (si on ne peut pas obtenir la signature du patient ou du mandataire)

Nom de la personne qui a donné le consentement : _____

Signature du membre du personnel : _____

Nom en lettres moulées du membre du personnel qui a obtenu le consentement : _____

Date : _____