

LETTRE D'ENTENTE GESTION DES SOINS MÉDICAUX COMPLEXES

Selon la recommandation de votre équipe de soins de santé, les services offerts dans le cadre de la gestion des soins médicaux complexes correspondraient au niveau de soins qu'il vous faut.

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);
 - Groves Memorial Hospital, 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. 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 de Waterloo Wellington aux fins de gestion des renvois.

Lorsqu'un lit sera disponible pour vous, le personnel du Service des placements du RLISS de Waterloo Wellington vous en avisera. Le lit pourrait se trouver à n'importe lequel des trois emplacements susmentionnés. Le coordonnateur de soins communiquera vos renseignements médicaux et personnels au responsable du programme de gestion des soins médicaux complexes et 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 le programme de gestion des soins médicaux complexes. Il est entendu que mes renseignements personnels et les renseignements sur ma santé seront communiqués aux emplacements de la région offrant la gestion des soins médicaux 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 : _____

Nom en lettres moulées du membre d'une profession de la santé réglementée qui a obtenu le consentement : _____

Signature du membre du personnel : _____ Date : _____