

LETTRE D'ENTENTE LA RÉADAPTATION EN TANT QUE NIVEAU DE SOINS APPROPRIÉ

_____ (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 et elle recommande la réadaptation. Les programmes de réadaptation suivants sont des programmes régionaux offerts à différents emplacements au sein du RLISS de Waterloo Wellington :

- Réadaptation générale
- Réadaptation après un AVC
- Réadaptation de faible intensité (*une quote-part pourrait s'appliquer*)

Emplacement	Réadaptation générale	Réadaptation après un AVC	Réadaptation de faible intensité
Cambridge Memorial Hospital, à Cambridge	✓	✓	
Grand River Hospital – Freeport Health Centre, à Kitchener	✓	✓	✓
St. Joseph's Health Centre, à Guelph	✓	✓	✓

L'hôpital communiquera vos renseignements médicaux et personnels au Centre d'accès aux soins communautaires (RLISS) de Waterloo Wellington. Le personnel du RLISS examinera ces renseignements et ajoutera votre nom à la liste d'attente. La liste d'attente, laquelle comprend votre nom et votre sexe, sera accessible à d'autres hôpitaux partenaires du RLISS de Waterloo Wellington. L'hôpital et le RLISS de Waterloo Wellington communiqueront vos renseignements médicaux et personnels au responsable du programme de réadaptation.

Lorsqu'un lit sera disponible pour vous, le personnel de l'hôpital vous en avisera. Le premier lit disponible pourrait se trouver à n'importe lequel des emplacements susmentionnés. 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 un programme de réadaptation. 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 services de réadaptation.

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 : _____ Date : _____

Signature du membre du personnel : _____

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