

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

Selon la recommandation de votre équipe de soins de santé, les services offerts dans le cadre d'un programme de réadaptation correspondraient au niveau de soins qu'il vous faut. 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
Hôpital Cambridge Memorial, à Cambridge	✓	✓	
Hôpital Grand River – centre de santé Freeport, à Kitchener	✓	✓	✓
St. Joseph's Health Centre, à Guelph	✓	✓	✓

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (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 de l'aiguillage.

Lorsqu'un lit sera disponible pour vous, le personnel 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 du RLISS communiquera vos renseignements médicaux et personnels au responsable des programmes 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 d'aiguillage 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 : _____