

## Télésoins à domicile – Formulaire de renvoi vers le programme de surveillance à distance des patients atteints de la COVID-19

Veillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au **1-855-352-2555**.

### Renseignements sur le patient

Date du renvoi : \_\_\_\_\_

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Numéro de carte Santé			CV	Genre	
Adresse			Ville		
Code postal		Numéro de téléphone principal		Numéro de téléphone cellulaire	
Langue maternelle		Langue seconde		Date de mise en congé possible (JJ-MM-AAAA)	
Adresse courriel			Personne à joindre en cas d'urgence		

**Les patients inscrits au programme de surveillance à distance utilisent une application sur leur téléphone intelligent pour communiquer leurs symptômes à l'infirmière. Veuillez indiquer clairement le numéro de téléphone cellulaire :**

N° DE CELLULAIRE : \_\_\_\_\_  Le patient n'a pas d'appareil intelligent.

### Critères d'admissibilité (le patient doit satisfaire à TOUS les critères)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Résultat positif au dépistage de la COVID-19                               | <input type="checkbox"/> Le patient accepte de participer au programme de surveillance à distance            |
| <input type="checkbox"/> CAS TRÈS PROBABLE, c.-à-d. contact direct avec un cas confirmé de COVID-19 | <input type="checkbox"/> Le patient ou soignant peut communiquer avec l'infirmière en français ou en anglais |

### Facteurs de risque

- |  |   |   |   |                                  |
|--|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète avec complications  | <input type="checkbox"/> Système immunitaire affaibli | <input type="checkbox"/> Grossesse  | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive        | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Obésité extrême   | <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie             | <input type="checkbox"/> 65 ans ou plus   | <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> à domicile, L/min : _____ |                                  |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique (p. ex. MPOC, emphysème), ou asthme modéré ou sévère |   | <input type="checkbox"/> Problèmes neurologiques qui affaiblissent la capacité de tousser |   |                                  |

### Renseignements sur la personne effectuant le renvoi

Nom	Titre de poste
Numéro de téléphone	N° OMCO/OIIO

### Renseignements sur le fournisseur de soins primaires

Nom	N° OMCO/OIIO
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur

### Emplacement du fournisseur d'où provient le renvoi

<input type="checkbox"/> Clinique d'évaluation de la COVID-19	Nom de la clinique et hôpital connexe
<input type="checkbox"/> Services des urgences d'hôpital	Nom de l'hôpital
<input type="checkbox"/> Clinique	<input type="checkbox"/> Soins primaires

Date à laquelle le formulaire a été rempli (JJ-MM-AAAA)

**Renseignements supplémentaires (au besoin)**