

SERVICES DE SOUTIEN A DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE Champlain

Soins de relève de courte durée

Liste de choix de foyers de soins de longue durée

Nom du patient : _____ (Nom de famille, prénom) _____ No de carte Santé _____ Code de version _____

Veillez choisir jusqu'à cinq foyers de soins de longue durée (FSLD) pour des soins de relève de courte durée, y compris tout choix à l'extérieur de la région de Champlain, et les classer par ordre de préférence. Le nom de l'auteur de la demande sera ajouté aux listes d'attente des foyers choisis s'il elle est admissible et si les FSLD en question sont en mesure de fournir les soins requis. Le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire vous confirmera les disponibilités des dates demandées.

Ordre de préférence (1-5)	Endroit	Centre	Dates demandées
	Ottawa	Extendicare – Manoir Laurier	
	Ottawa	Extendicare – West End Villa	
	Ottawa (Kanata)	Garden Terrace (S)	
	Ottawa (Orleans)	Résidence Saint-Louis (S)	
	Ottawa	St. Patrick's Home	

Ordre de préférence	Endroit	Est	Dates demandées
	Clarence Creek	Centre d'accueil Roger Séguin	
	Cornwall	Glen-Stor-Dun Lodge	
	Maxville	Maxville Manor (S)	
	Hawkesbury	Résidence Prescott et Russell	

Ordre de préférence	Endroit	Ouest	Dates demandées
	Renfrew	Bonnechere Manor	
	Almonte	Fairview Manor (S)	
	Pembroke	Marianhill	
	Pembroke	Miramichi Lodge	
	Deep River	North Renfrew LTC	

(S) = Unité sécurisée disponible

	Foyer de SLD hors de la région	Dates demandées

TARIFS D'HÉBERGEMENT

Le tarif quotidien pour un lit de soins de courte durée est de 41,25 \$ (1^{er} octobre 2022 – assujetti à une augmentation annuelle)

En signant ce formulaire de choix, je confirme avoir été informé du taux quotidien pour des soins de relève de courte durée.

CONSENTEMENT AU PLACEMENT

- Je consens à ce que le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire Champlain, en tant que coordonnateur des placements désigné, puisse divulguer mes renseignements personnels sur la santé au FSLD de mon choix.
- Je reconnais avoir été informé des raisons pour lesquelles ces renseignements sont nécessaires et je les comprends. Je comprends que le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain mettra à jour cette information et la transmettra à d'autres Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, aux autres professionnels de la santé participant à la prestation de mes soins et au FSLD de mon choix.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Signature du patient/
Mandataire spécial _____

Imprimer le nom _____

(jour/mois/année) _____

Mandataire spécial : _____ Procureur au soin de la personne Tuteur et curateur public (TCP)

(lien avec le patient)