

**Formulaire de renvoi**

**Programme de surveillance à distance des personnes atteintes de la COVID-19 – Télésoins à domicile**

**Renseignements sur le patient**

Veuillez envoyer le formulaire par télécopieur au **613-745-8243** or **1-800-274-6955**

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA)
NCS	GENRE	
ADRESSE		VILLE
CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL	DATE ÉVENTUELLE DE MISE EN CONGÉ (JJ-MM-AAAA)
LANGUE MATERNELLE	LANGUE SECONDE	
ADRESSE DE COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE	PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

**Les patients inscrits au Programme de surveillance à distance des personnes atteintes de la COVID-19 utilisent une application sur leur téléphone intelligent pour signaler leurs symptômes à leur infirmière. Veuillez vous assurer que le numéro de téléphone cellulaire est clairement indiqué.**

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE :** \_\_\_\_\_  Le patient n'a pas de téléphone intelligent.

Admissibilité à un renvoi (Le patient doit satisfaire à TOUS les critères ci-dessous.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Résultat POSITIF au test de dépistage de la COVID-19 OU                              | <input type="checkbox"/> Le patient accepte de participer au Programme de surveillance à distance |
| <input type="checkbox"/> RÉSULTAT POSITIF TRÈS PROBABLE (p. ex. contact direct avec un cas connu de COVID-19) | <input type="checkbox"/> Le patient peut communiquer avec l'infirmière en anglais ou en français. |

**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 morbide       |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique (p. ex. MPOC, emphysème) ou asthme allant de modéré à grave | <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie  | <input type="checkbox"/> 65 ans ou plus        |
|   | <input type="checkbox"/> Affections neurologiques qui réduisent la capacité de tousser | <input type="checkbox"/> Home O2, L/min: _____ |

**Renseignements sur la personne effectuant le renvoi**

NOM ET N° DE L'OMCO
TITRE DU POSTE
POSTE TÉLÉPHONIQUE
LIEU DU RENVOI
N° DE FACTURATION DE L'ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO

**Renseignements sur le fournisseur de soins primaires**

NOM
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR
DATE À LAQUELLE LE FORMULAIRE A ÉTÉ REMPLI (JJ-MM-AAAA)

**Renseignements supplémentaires (au besoin)**