

Veillez envoyer le formulaire rempli par télécopieur au : **613-745-8243** ou **1 855-450-8569**

Service demandé :

<input type="checkbox"/> Télésurveillance MPOC
<input type="checkbox"/> Télésurveillance Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Télésurveillance COVID-19
<input type="checkbox"/> Télésurveillance Diabète
<hr/>
<input type="checkbox"/> Programme rehaussé de télésurveillance MPOC Projet pilote avec l'Hôpital Montfort
<input type="checkbox"/> Programme rehaussé de télésurveillance Insuffisance cardiaque Projet pilote avec l'Hôpital Montfort
<input type="checkbox"/> Programme rehaussé de télésurveillance Autre niveau de soins (ANS) Projet pilote avec l'Hôpital Montfort
<input type="checkbox"/> Programme rehaussé de télésurveillance Diabète Projet pilote avec l'Hôpital Montfort
<input type="checkbox"/> Programme rehaussé de télésurveillance Cellulite ou Ostéomyélite Projet pilote avec l'Hôpital Montfort
*Services inclus dans le cadre du programme rehaussé : visites du personnel infirmier d'intervention rapide, télésurveillance, services paramédicaux communautaires, partenariat avec l'Hôpital Montfort
<input type="checkbox"/> OBLIGATOIRE pour le Programme rehaussé de télésurveillance des soins à domicile – L'Hôpital Montfort a transmis le renvoi par télécopieur aux services paramédicaux communautaires d'Ottawa ou aux services paramédicaux communautaires de Prescott Russell.
Pour les services de soins infirmiers, de soutien à la personne, d'ergothérapie, de physiothérapie, de diététiste, de travail social ou d'orthophonie, utilisez le formulaire de demande de services médicaux ou le formulaire de demande de thérapie par perfusion/dispositif d'accès veineux (formulaires en anglais seulement)

Informations sur le patient

Date du renvoi :

Date de sortie prévue :

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 cellulaire		
Langue maternelle			Langue seconde		

Admissibilité aux services de Télésoins à domicile

- Le patient a reçu un diagnostic établi (de COVID-19, cas probables acceptés)
- Visites au service des urgences/admissions à l'hôpital/visites chez le fournisseur de soins primaires fréquentes et/ou difficulté à gérer les symptômes de la maladie (c'est-à-dire anxiété, essoufflement, œdème).
- Le fournisseur de soins de santé estime que le patient bénéficiera de Télésoins à domicile.
- Le patient ou le soignant est en mesure de fournir un consentement éclairé à participer.

Principaux diagnostics à surveiller	<input type="checkbox"/> MPOC	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Diabète	
Comorbidités	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> MPOC	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Autre

Les informations figurant sur ce formulaire sont privées et confidentielles, destinées uniquement au destinataire désigné. Si vous recevez ce formulaire par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les informations en lieu sûr jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas les informations et ne les divulguiez pas à quiconque.

Paramètres physiologiques Les paramètres vitaux suivants du patient seront surveillés :

Défaut - insuffisance cardiaque	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation en oxygène	Pouls	Poids (lb)
Élevé	150	100	100	100	+2 lb/jour
Bas	90	60	92	50	-5 lb/jour

Défaut - MPOC	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation en oxygène	Pouls	Poids (lb)
Élevé	150	100	100	100	+5 lb/semaine
Bas	90	60	88	50	-5 lb/semaine

Les paramètres par défaut CI-DESSUS seront utilisés sauf si des paramètres particuliers sont fournis CI-DESSOUS :

Patient	Tension systolique	Tension diastolique	Saturation en oxygène	Pouls	Poids (lb)
3Élevé					
Bas					

Informations sur l'auteur de la demande Je souhaite recevoir les rapports sur le patient Oui Non

Nom	Poste	Numéro CPSO/OIIO
Organisme	Timbre de nom/d'adresse	
Adresse		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	

Informations sur le fournisseur de soins primaires Mêmes que ci-dessus

Le fournisseur de soins primaires souhaite-t-il recevoir les rapports sur le patient? Oui Non S.O.

Nom	Poste	Numéro CPSO/OIIO
Organisme	Timbre de nom/d'adresse	
Adresse		
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	

Si possible, veuillez joindre toute information supplémentaire (notes de consultants, rapports de laboratoire ou d'imagerie, problèmes de santé du patient).

Médicaments

- La liste actuelle des médicaments est jointe (ou consignée ci-dessous). Communiquez avec la pharmacie pour obtenir la liste des médicaments.

Inscrivez la liste des médicaments et toute instruction ou note supplémentaire ci-dessous

Les informations figurant sur ce formulaire sont privées et confidentielles, destinées uniquement au destinataire désigné. Si vous recevez ce formulaire par erreur, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur par téléphone et conserver les informations en lieu sûr jusqu'à ce que l'expéditeur vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas les informations et ne les divulguiez pas à quiconque.