

Formulaire d'orientation vers le Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils pour la communauté

Conformément à l'article 15 de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, ce formulaire a pour objectif d'indiquer les interventions d'ordre médical subies par la personne et de demander le soutien du Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils pour la communauté. Parmi les services offerts aux personnes soutenues par les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées et à leurs prestataires de services ou leur réseau de soutien, mentionnons l'élaboration d'un plan de soins de santé, une formation et la délégation de tâches par le personnel infirmier. Si vous avez des questions concernant les renseignements demandés dans ce formulaire, vous pouvez communiquer avec le programme.

Section I – Information sur le programme communautaire (à remplir par la personne responsable de l'orientation, c.-à-d. le prestataire de soins primaires, le travailleur de services communautaires ou l'organisme)

Type de programme communautaire (veuillez ✓) <input type="checkbox"/> Organisme <input type="checkbox"/> Cohabitation <input type="checkbox"/> Relève <input type="checkbox"/> Loisirs/programme de jour	Nom du programme communautaire :
	Personne-ressource :
	Tél. : Télec :
	Courriel :
	(Adresse (endroit où le service doit être offert)) : Rue : Ville : Code postal :

Section II – Information sur la clientèle

Nome de famille	Prénom	Date de naissance
		mois (lettres moulées) J J A

A A A

Alias

--

Veuillez cocher (✓) tous les problèmes de santé pour lesquels la personne a besoin d'une intervention.

<input type="checkbox"/> Plan de soins de santé individualisé
<input type="checkbox"/> Examen et administration des médicaments et éducation à leur sujet
<input type="checkbox"/> Examen des antécédents médicaux et consultation pour assister aux réunions de planification interdisciplinaires et aux rendez-vous médicaux concernant la personne. Veuillez décrire ci-dessous :
<input type="checkbox"/> Suivi continu de la santé des personnes ayant des problèmes médicaux complexes. Veuillez décrire ci-dessous :
<input type="checkbox"/> Gestion/éducation/formation relative à l'intestin et à la vessie. Veuillez décrire ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Allergie potentiellement mortelle :	
Utilisez-vous EpiPen?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation ou d'éducation pour administrer ses médicaments?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Asthme (administration des médicaments par inhalation)	
La personne peut-elle prendre seule son médicament contre l'asthme (pompe)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation pour administrer le médicament?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Troubles convulsifs :	
De quel type de convulsions la personne souffre-t-elle? _____	
Faut-il administrer un médicament de secours à la personne (par exemple Lorazépam sublingual)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Diabète	
De quel type de diabète la personne est-elle atteinte?	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2
La personne doit-elle faire l'objet d'une surveillance de la glycémie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La personne a-t-elle besoin d'aide pour contrôler sa glycémie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation en matière de surveillance de la glycémie ou d'éducation relative au diabète?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque nécessitant une intervention d'urgence spécialisée dans le cadre du programme communautaire.	
Quel type de trouble cardiaque a-t-on diagnostiqué chez cette personne? _____	
Faut-il lui administrer de la nitroglycérine en aérosol?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Soins ou alimentation par gastrostomie/formation en la matière/délégation de tâches	
La personne a-t-elle besoin d'être alimentée au moyen d'une sonde de gastrostomie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-on besoin d'administrer ses médicaments au moyen d'une sonde de gastrostomie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La personne dispose-t-elle d'un plan de soins écrit concernant son alimentation et ses médicaments?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation ou de délégation de tâches?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Soins pour stomie	
La personne a-t-elle besoin que l'on vide la poche de stomie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La personne a-t-elle besoin que l'on change les accessoires pour stomie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'aide ou de formation en matière de soins pour stomie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Oxygène à dosage préétabli	
La personne a-t-elle besoin qu'on lui administre de l'oxygène à dosage préétabli dans le cadre du programme communautaire?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La personne apporte-t-elle du matériel pour l'administration d'oxygène dans le contexte du programme communautaire?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Aspiration (par voie orale ou nasale)	
L'aspiration par voie orale ou nasale est-elle nécessaire dans le cas de la personne?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le personnel de soutien a-t-il besoin d'aide ou de formation?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Section III - Autorisation de divulgation de renseignements médicaux et consentement

J'autorise le Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils pour la communauté, qui dessert le Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées (lesquels offrent tous deux des services ou des mesures de soutien à la personne) à échanger et à communiquer des renseignements médicaux concernant les interventions mentionnées ci-dessus et à consulter au besoin le médecin ou les médecins de la personne dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre un plan individuel de soins de santé ou un plan d'intervention d'urgence et de former des membres du personnel du programme communautaire pour _____ (nom de la personne). J'autorise également le Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils à entrer les renseignements concernant cette personne dans une base de données provinciale qui ne sera utilisée qu'à des fins de planification des programmes, de coordination des services et de prestation des services. Cette base de données peut faire l'objet d'une mise à jour pour correspondre à l'évolution des besoins et des services. Je comprends que les renseignements personnels et médicaux seront gardés confidentiels et seront protégés conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et à la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

Je comprends qu'il est interdit de recueillir, d'utiliser ou de communiquer les renseignements personnels ou renseignements médicaux personnels de la personne sans mon consentement, à moins que la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et la Loi sur les renseignements médicaux personnels ne l'autorise.

Chaque année, on reverra le consentement avec moi. Je comprends qu'en tant que subrogé ou tuteur légal, je peux modifier ou révoquer ce consentement à tout moment en adressant une demande écrite au programme communautaire.

Les questions relatives à l'utilisation des renseignements fournis dans ce formulaire peuvent être envoyées directement au programme communautaire.

Signature du participant/subrogé

Date

Adresse postale

Code postal

Numéro de téléphone