

Programmes de réadaptation communautaire après un AVC pour patients externes
Formulaire de demande

 À remplir et envoyer par télécopieur au **613 745-8243**

*Si le patient doit faire l'objet d'un examen de physiatrie **seulement**, veuillez utiliser un formulaire de demande de soins médicaux standard.*

Le patient consent à la demande.		<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
Nom du patient				N° de carte Santé	Version
Date de naissance	Adresse domiciliaire			App./unité	
Ville / Village				Code postal	
Téléphone				Fournisseur de soins primaires	
Langue préférée :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)		
Personne à rejoindre pour l'évaluation de l'admissibilité, si autre que le patient.					
Relation avec le patient			Téléphone		
Consentement à parler avec la personne nommée ci-dessus			<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Date de l'AVC				Lieu de l'AVC	
Type d'AVC	<input type="checkbox"/> ischémique		<input type="checkbox"/> hémorragique		<input type="checkbox"/> incapable de le déterminer
Déficiences	<input type="checkbox"/> Côtés gauche et droit		<input type="checkbox"/> Côté gauche		<input type="checkbox"/> Côté droit
Date du congé de l'hôpital		Destination prévue après le congé de l'hôpital			
		<input type="checkbox"/> Domicile		<input type="checkbox"/> Maison de retraite	
		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
Adresse de la destination après le congé de l'hôpital (si différente de celle du domicile) :					
Contrôle des infections					
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> SARM	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> CDI/F	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> TB
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)					
Conduite automobile					
Le patient.e a-t-il ou elle un permis de conduire valide?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Le ministère des Transports en a été avisé.	<input type="checkbox"/> Oui par <input type="checkbox"/> médecin ou <input type="checkbox"/> ergothérapeute	<input type="checkbox"/> Non Le ou la patient.e a-t-il ou elle reçu l'avis d'éviter de conduire un véhicule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médecin ayant avisé le ou la patient.e d'éviter de conduire un véhicule		
Plan de suivi établi		
Demande à Para Transpo remplie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Sommaire de mise en congé par le médecin responsable en pièce jointe (exigé)

Sommaire de mise en congé par des professionnels paramédicaux en pièce jointe (le cas échéant)

Discipline(s) demandées pour la réadaptation après un accident vasculaire cérébral	
Discipline	Objectif de l'intervention
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	
<input type="checkbox"/> Orthophonie	
<input type="checkbox"/> Services sociaux	
<input type="checkbox"/> Diététiste autorisée	
Demande d'autres services offerts par Santé à domicile Ontario :	
<input type="checkbox"/> Service de soutien à la personne (non-urgent) <input type="checkbox"/> Ergothérapie (évaluation urgente de la sécurité à domicile) <input type="checkbox"/> Physiothérapie (évaluation urgente de la sécurité à domicile) <input type="checkbox"/> Orthophonie (évaluation de la déglutition seulement)	
Autres remarques (inclure les mesures de précautions)	

Critères d'exclusion Les patients qui :

- ont besoin d'un dispositif mécanique de levage pour les déplacements
 sont admis à un foyer de soins de longue durée

Admissibilité (Communiquez avec un coordonnateur des soins après un AVC, si nécessaire, au 613-745-5525, poste 5875,)

J'ai vérifié que le ou la patient.e répond aux critères d'admission du programme.

- Apparition des symptômes de l'accident vasculaire cérébral < six mois
 carte Santé valide (Si aucune carte Santé, communiquez avec le coordonnateur du programme de réadaptation post-AVC à Santé Bruyère au 613 562-6262, poste 1007.)
 FIM > 80 ou AFIM >80 ou le ou la patient.e est capable de participer à des activités significatives, orientées vers un objectif, pendant une heure.
 Capable de se débrouiller aux toilettes ou un soignant vient l'aider lors des séances de réadaptation.
 Si le ou la patient.e a besoin de deux personnes pour effectuer ses déplacements, un soignant doit assister aux séances.
 Connaît l'anglais ou le français. **Sinon** Un interprète doit accompagner le ou la patient.e aux séances de thérapie.
 Le ou la patient.e a besoin d'une consultation en physiatrie pour régler des difficultés de réadaptation après un accident vasculaire cérébral (si la demande provient des soins actifs).

Demande remplie par
(nom en lettres
moulées)

Date

Téléphone

**Organisme ayant
soumis la demande**

Médecin responsable