

**Patients dans la communauté**

**Liste de vérification des conseils pour admission en soins de longue durée**

Nom du patient \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, prénom) \_\_\_\_\_

N° de carte Santé \_\_\_\_\_

Code de version \_\_\_\_\_

Le présent document a pour but d’assurer que le coordonnateur de soins fournit des conseils au patient, procureur ou mandataire spécial sur les plus importants facteurs du placement dans un foyer de soins de longue durée. Toutes les déclarations cochées ci-dessous s’appliquent à la situation du patient.

En apposant sa signature à la fin de ce formulaire, le patient, procureur ou mandataire spécial reconnaît avoir reçu les conseils. *Veillez conserver ce document à titre de référence.*

**Table des matières**

1) Guide des placements dans les foyers de soins de longue durée .....1

2) Évaluation de l’état de santé (obligatoire).....1

3) Politique sur le tabagisme .....1

4) Documents à l’intention du procureur ou du mandataire spécial.....2

5) Renseignements sur les foyers de soins de longue durée et besoins particuliers.....2

6) Temps d’attente / Listes d’attente.....2

7) Visite des foyers de soins de longue durée.....2

8) Choix de foyers de soins de longue durée .....2

9) Placement provisoire .....3

10) Coûts, subventions et programme financier.....3

11) Exigences et délais pour remplir la demande .....3

12) Processus d’offre de lit.....3

14) Politique provinciale concernant le refus d’une offre de lit .....4

16) Conjoint / partenaires et soins de longue durée.....4

17) Commentaires.....4

18) Signature et coordonnées du patient / mandataire spécial / procureur .....4

**1) Guide des placements dans les foyers de soins de longue durée**

- J’ai reçu une copie du [Guide des placements dans les foyers de soins de longue durée](#) de Services de soutien à domicile et en milieu communautaire.

**2) Évaluation de l’état de santé (obligatoire)**

- Je sais que je dois :
  - Obtenir une évaluation de l’état de santé complète auprès de mon fournisseur de soins primaires.
  - Envoyer le formulaire d’évaluation dûment rempli à mon coordonnateur de soins par la poste ou par télécopier.

**3) Politique sur le tabagisme**

- Je ne fume pas.
- Si je fume, je comprends ce qui suit :
  - Je dois m’informer directement auprès de chaque foyer de soins de longue durée au sujet de la politique sur le tabagisme.
  - Les foyers de soins de longue durée ne sont pas tenus de m’aider à fumer.
  - Mes visiteurs doivent m’aider ou me superviser si j’ai besoin d’aide.
  - Je dois me rendre (sans l’aide des employés du foyer) à une distance d’au moins neuf mètres de la propriété du foyer pour fumer.
  - Je dois m’informer au sujet d’une thérapie de remplacement de la nicotine auprès de mon fournisseur de soins primaires.
  - Les coûts liés à la thérapie de remplacement de la nicotine ne sont pas couverts par le foyer.

Nom du patient \_\_\_\_\_

(Nom de famille, prénom)

N° de carte Santé \_\_\_\_\_

Code de version \_\_\_\_\_

#### 4) Documents à l'intention du procureur ou du mandataire spécial

- En tant que patient capable, si je veux modifier ma liste de personnes-ressources, je dois mettre à jour mon formulaire de *demande de détermination de l'admissibilité à un placement dans un foyer de soins de longue durée*.
- Si je suis déclaré incapable de prendre des décisions en matière de foyers de soins de longue durée, je comprends ce qui suit :
  - Je dois fournir à mon coordonnateur de soins une copie de la procuration relative au soin de la personne, si elle existe.
  - S'il n'y a pas de procuration relative au soin de la personne, un mandataire spécial sera désigné, conformément à la hiérarchie des mandataires spéciaux de l'Ontario. Pour plus de détails sur la hiérarchie, consultez le document *La prise de décisions au nom d'autrui en matière de soins de santé du Bureau du Tuteur et curateur public* au lien suivant :  
[www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/family/pgt/ISBN-0-7794-3018-2.pdf](http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/family/pgt/ISBN-0-7794-3018-2.pdf).
  - L'adresse du ou des mandataires spéciaux ou procureurs au soin de la personne doit être transmise au coordonnateur de soins.

#### 5) Renseignements sur les foyers de soins de longue durée et besoins particuliers

- J'ai reçu de l'information sur :
  - Le lieu
  - Les types de chambres
  - Les besoins particuliers (p. ex. unité sécurisée, désignation culturelle)
  - Les types de lits (p. ex. dialyse, lits d'accès prioritaire pour anciens combattants, lits spécialisés pour anciens combattants, lits provisoires pour séjour de courte durée)
  - La façon d'obtenir d'importants renseignements en ligne, y compris sur :
    - *Les foyers de soins de longue durée individuels au moyen du site*  
[lignesantéchamplain.ca](http://lignesantéchamplain.ca).

- *Les rapports produits par Santé Ontario sur le rendement des foyers de soins de longue durée au lien suivant :*  
[hqontario.ca/System-Performance/Long-Term-Care-Home-Performance](http://hqontario.ca/System-Performance/Long-Term-Care-Home-Performance).
- *Le processus général de placement dans un foyer de soins de longue durée du gouvernement de l'Ontario et le processus de soumission de plaintes au lien suivant :*  
[ontario.ca/fr/page/soins-de-longue-duree-en-ontario](http://ontario.ca/fr/page/soins-de-longue-duree-en-ontario).

#### 6) Temps d'attente / Listes d'attente

- Je sais que les temps d'attente varient selon plusieurs facteurs, comme le sexe, le type de chambre ou le niveau de sécurité requis (unités sécurisées ou non sécurisées).
- Pour obtenir les renseignements sur les listes d'attente des foyers qui m'intéressent, je dois communiquer avec mon coordonnateur de soins.

#### 7) Visite des foyers de soins de longue durée

- Dans le cadre du processus de choix de foyers de soins de longue durée, on m'a suggéré de :
  - Visiter ceux qui m'intéressent.
  - Consulter [lignesantéChamplain.ca](http://lignesantéChamplain.ca) pour trouver et examiner le site Web de chaque foyer, et regarder des photos.
  - Consulter le tableau de comparaison dans le [Guide des placements dans les foyers de soins de longue durée](#).

#### 8) Choix de foyers de soins de longue durée

Je comprends que je peux :

- Choisir un maximum de cinq foyers.
- Modifier mes choix à *tout moment après* que mon coordonnateur de soins reçoit ma liste initiale de choix, en respectant les conditions suivantes :
  - **Moins de six semaines** – Pour tout foyer nouvellement choisi, la date à laquelle mon coordonnateur de soins a reçu ma liste initiale de choix sera la date d'inscription sur la liste d'attente.
  - **Après six semaines** – Pour tout foyer nouvellement choisi, la date à laquelle mon coordonnateur de soins a reçu ma nouvelle

Nom du patient \_\_\_\_\_

(Nom de famille, prénom)

N° de carte Santé \_\_\_\_\_

Code de version \_\_\_\_\_

liste de choix sera la date d'inscription sur la liste d'attente.

- **Après trois mois** – Mon coordonnateur de soins m'aidera à mettre à jour mon formulaire d'évaluation et l'évaluation de mes soins à domicile pour soumission avec ma nouvelle *liste de choix de foyers de soins de longue durée*.

## 9) Placement provisoire

- J'ai reçu et je comprends les renseignements suivants :
  - Une fois admis dans un foyer, je peux décider de laisser mon nom sur la liste d'attente de mes autres choix. Dans ce cas-ci, il s'agit d'un placement provisoire.
  - Le foyer que j'ai choisi comme premier choix restera sur la liste d'attente avec une priorité plus élevée et tous les autres choix demeureront sur la liste d'attente avec une priorité moins élevée.
  - Je peux modifier l'ordre de mes choix à tout moment.

## 10) Coûts, subventions et programme financier

- J'ai reçu des renseignements sur les taux pour les foyers indiqués sur le formulaire de *choix de foyers de soins de longue durée*.
- Je sais que les taux d'hébergement sont sujets à des augmentations annuelles.
- Je sais que des subventions ou des réductions des taux sont offertes pour les chambres avec services de base seulement et que :
  - Pour soumettre une demande de subvention, je dois présenter mon *avis de cotisation* d'impôt sur le revenu au moment de l'admission au foyer de soins de longue durée.
  - Je peux obtenir une *trousse de demande de réduction tarifaire* auprès de mon coordonnateur de soins ou je peux la télécharger en ligne sur le site Web public du ministère des Soins de longue durée : [health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/forms](http://health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/forms).
- Après l'admission à un foyer, je sais que les changements d'hébergement sont gérés par le foyer.

## 11) Exigences et délais pour remplir la demande

- Je sais que :
  - Je dois transmettre les formulaires ci-dessous **dûment remplis, signés et datés** à mon coordonnateur de soins dans le délai indiqué.
  - Sinon, **mon dossier de placement sera fermé** et je peux présenter une nouvelle demande quand je serai prêt.

### Exigences et délais

- Pour déterminer mon admissibilité à un placement dans un foyer, je dois transmettre les formulaires suivants dûment remplis **dans un délai de 28 jours** (4 semaines) :
  - Formulaire *d'évaluation de l'état de santé*
  - Formulaire de *demande de détermination de l'admissibilité à un placement dans un foyer de soins de longue durée*.
- Je dois soumettre ma *liste de choix de foyers de soins de longue durée* dûment remplie dans les **56 jours** (8 semaines) suivant la soumission du formulaire de *demande de détermination de l'admissibilité à un placement dans un foyer de soins de longue durée*.

## 12) Processus d'offre de lit

- Je sais que je peux (ou mon mandataire spécial peut) recevoir une offre de lit à tout moment pour n'importe lequel des foyers que j'ai choisis dans le cadre de ma demande, et il se peut que je ne reçois pas d'avis au préalable concernant une offre de lit à venir.
- J'ai jusqu'à 24 heures pour accepter ou refuser une offre de lit, conformément à la législation provinciale. Si je prévois m'absenter, ou mon mandataire spécial prévoit s'absenter (p. ex., en vacances), nous devons en informer mon coordonnateur de soins et désigner un remplaçant.

## 13) Politique provinciale concernant l'acceptation d'une offre de lit

- Une fois que j'ai accepté une offre de lit, je sais que :
  - Je dois emménager dans le foyer **dans les cinq jours** suivant l'offre de lit.

Nom du patient \_\_\_\_\_

(Nom de famille, prénom)

N° de carte Santé \_\_\_\_\_

Code de version \_\_\_\_\_

- Si je tarde à le faire, des frais de réservation de lit pourraient être exigibles (à partir de la date de libération du lit).
- Les admissions ne sont généralement pas possibles les fins de semaine. Cela peut varier d'un foyer à l'autre.
- Je dois organiser mon propre transport au foyer et assumer les frais de déménagement.

#### 14) Politique provinciale concernant le refus d'une offre de lit

- Si je refuse une offre de lit, je sais que :
- Ma demande de soins de longue durée sera fermée, et mon nom sera retiré de **toutes** les listes d'attente.
  - À moins que ma situation ou mon état change de façon considérable, je dois attendre 12 semaines avant de présenter une nouvelle demande de placement.

#### 15) Communication de changement

- Si ma situation ou mon état change, je sais comment communiquer avec mon coordonnateur de soins.

#### 16) Conjoints / partenaires et soins de longue durée

- Je sais que :
- Mon conjoint / partenaire\* peut présenter une demande d'admission au même foyer de soins de longue durée que celui que j'habite\*\*, même s'il n'est pas lui-même admissible.
  - Une fois que je suis admis au foyer, mon conjoint/partenaire devra contacter son coordonnateur de soins pour faire réévaluer sa propre demande de soins de longue durée afin de me rejoindre par la suite dans le foyer.

\* = *Défini, selon le ministère des Soins de longue durée de l'Ontario, comme l'une ou l'autre de deux personnes qui vivent ensemble depuis au moins un an et qui ont des rapports personnels étroits qui sont d'une importance capitale dans leur vie respective (Règl. de l'Ont. 79/10, art. 152).*

\*\* = *Cela comprend les admissions des anciens combattants au foyer de soins de longue durée du Centre de santé Perley et Rideau.*

#### 17) Commentaires

#### 18) Signature et coordonnées du patient / mandataire spécial / procureur

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

App./unité \_\_\_\_\_

ON

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Signature du coordonnateur de soins \_\_\_\_\_

Poste \_\_\_\_\_