

Nom : _____ DDN : ____ / ____ / ____ Sexe : ____F ____M Téléphone (1) : _____ Téléphone (2) : _____ Personne à contacter : _____ ____Mère ____Père ____Tuteur N° d'assurance-santé : _____	ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION DU PATIENT
--	---------------------------------------

CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ADMISSIBILITÉ (Cochez TOUT ce qui s'applique)

<input type="checkbox"/> Le patient a moins de 17 ans à la date de cette demande d'aiguillage
<input type="checkbox"/> Le patient a besoin d'une coordination de ses soins (inexistante à l'heure actuelle)
<input type="checkbox"/> Le patient a un prestataire de soins primaires qui continuera de le suivre attentivement
<input type="checkbox"/> Enfant/adolescent ayant des besoins médicaux complexes et qui n'est pas suivi actuellement par une équipe multidisciplinaire (p. ex. équipe de diabète, fibrose kystique, ou cliniques neuromusculaires). Sinon, (sauf dans quelques cas) l'enfant/adolescent devrait continuer d'être suivi par son équipe actuelle, au lieu d'être orienté vers le Programme de soins complexes
<input type="checkbox"/> Des organismes autres qu'un hôpital sont impliqués dans les soins de l'enfant (p. ex. Services à domicile ou Services en milieu scolaire, Centre de traitement pour enfants, équipe de Soins palliatifs)
<input type="checkbox"/> L'enfant a une carte d'assurance-santé de l'Ontario valide

LANGUE

Les services d'un interprète seront-ils requis? ____Non ____Oui - langue : _____

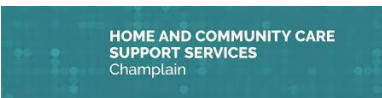
SATELLITE DE SOINS COMPLEXES AFFILIÉ (le cas échéant)

<input type="checkbox"/> Hôpital de Timmins et du district & Centre de traitement pour enfants de Cochrane Temiskaming
<input type="checkbox"/> Hôpital Montfort. NOTE : Si le patient reçoit actuellement des soins auprès d'un pédiatre de l'Hôpital Montfort, écrivez le nom de ce pédiatre ci-contre : _____
<input type="checkbox"/> Clinique satellite de Brockville avec le RLISS du Sud-Est, Enfants Inclus et le Brockville General Hospital

DIAGNOSTIC et MOTIF de la DEMANDE D'AIGUILLAGE :

Veillez consulter les critères d'admissibilité du Programme de soins complexes au verso de cette feuille et remplir tout ce qui s'applique.

En partenariat avec:



Critères d'admissibilité au Programme de soins complexes (Cochez TOUT ce qui s'applique. L'enfant/adolescent doit répondre à au moins 4 des 5 critères ci-dessous)

1. DÉPENDANCE DE LA TECHNOLOGIE ET/OU BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE LOURDE (Cochez TOUT ce qui s'applique)

Enfant dépendant de ventilateurs mécaniques et/ou requérant l'administration prolongée par intraveineuse de substances nutritives ou de médicaments et/ou qui sera probablement dépendant d'un appareil de façon prolongée
Exemples : soins pour tube de trachéotomie, tube pharyngé, aspiration, matériel d'oxygénation ou pour l'alimentation par sonde

Enfant ayant nécessité des appareils médicaux de façon prolongée pour compenser des fonctions vitales et requérant des soins infirmiers quotidiennement ou quasi-quotidiennement
Exemples : moniteurs cardio-respiratoires ou dialyse rénale du fait d'une insuffisance rénale

Enfant **ne dépendant pas** de la technologie, mais qui souffre d'un trouble chronique exigeant un niveau élevé de soins. Exemple :
Physiquement, du fait de son trouble, l'enfant est entièrement dépendant d'autres personnes pour les activités de la vie quotidienne (alors qu'un enfant de son âge serait normalement plus autonome)
L'enfant requiert une supervision et une surveillance médicales ou infirmières constantes et l'administration de médicaments, ou une supervision et une surveillance médicales ou infirmières constantes du fait de la quantité de médicaments qu'il doit prendre ou de la thérapie qui lui est nécessaire

2. CHRONICITÉ (Cochez TOUT ce qui s'applique)

Les problèmes de santé de l'enfant dureront probablement pendant encore au moins 6 mois

L'enfant ne vivra probablement pas au-delà de 6 mois

3. COMPLEXITÉ (Cochez TOUT ce qui s'applique)

Multiples troubles médicaux

Implication d'au moins 5 prestataires/équipes de soins de santé, et les services de santé sont fournis dans au moins 3 des lieux suivants :

- Domicile, école/programme préscolaire
- Hôpital
- Centre de traitement pour enfants
- Clinique communautaire (p. ex. cabinet de médecin)
- Autre (à la discrétion du clinicien)

Il est possible qu'il n'y ait pas de diagnostic précis qui couvre l'ensemble des troubles de santé

Les circonstances familiales entravent la capacité de la famille de fournir les soins quotidiens nécessaires à l'enfant ou de prendre les décisions qui doivent être prises dans le cas d'un enfant ayant des problèmes de santé complexes

Exemple : Il y a un risque que le principal responsable de l'enfant et/ou la principale source de revenus ne soient pas en mesure de s'acquitter de leurs responsabilités quotidiennes

4. FRAGILITÉ (Cochez TOUT ce qui s'applique)

L'enfant a un trouble grave et/ou qui met sa vie en danger

En partenariat avec:



Le manque de disponibilité et/ou l'échec de l'équipement, de la technologie et du traitement posent un risque immédiat pour l'enfant, ce qui a des conséquences négatives sur sa santé
Des changements à court terme dans l'état de l'enfant (p. ex. une maladie intercurrente) posent un risque immédiat et grave pour sa santé
L'enfant requiert fréquemment des soins tertiaires en centre hospitalier (2 admissions à l'hôpital ou plus, pour un séjour de plus de 3 semaines, au cours des 12 derniers mois) ou bien l'enfant requiert régulièrement des traitements à l'hôpital dans une clinique pour patients externes Il est probable que le trouble chronique de l'enfant s'aggrave et qu'il doive être évalué par un prestataire de soins de santé en temps opportun
Du fait de ses problèmes de santé, il y a encore de forts risques que l'état de l'enfant se détériore de façon imprévisible à tel point que sa vie serait en danger, auquel cas il devrait être surveillé par un aidant qualifié 24 heures sur 24
5. GÉOGRAPHIE
L'enfant répond aux critères énoncés dans au moins 3 des 4 catégories qui précèdent, et a de grandes difficultés à obtenir les services médicaux qui lui sont nécessaires du fait qu'il réside en zone rurale ou du fait de problèmes d'accès

Signature du prestataire de soins : _____

Nom (en lettres moulées) : _____

N° de facturation : _____

Date : _____

N° de téléphone au bureau : _____

N° de télécopieur : _____

CHEO

Programme de Soins Complexes
401 ch. Smyth, Ottawa, Ontario K1H 8L1
Téléphone : 613-737-7600 poste 3838
Télécopieur : 613-738-4841

Révisé nov 2023

En partenariat avec:

HOME AND COMMUNITY CARE
SUPPORT SERVICES
Champlain

