

Réseau des services de préposés aux soins de Champlain

Demande de services de préposés aux soins à travers le RLISS de Champlain.
Avant de compléter, s'il vous plaît visiter notre site internet pour la version la plus récente à www.vhaottawa.ca

Informations générales

Nom :	_____	Sexe :	Femme <input type="checkbox"/>	Homme <input type="checkbox"/>
Avez-vous une carte de santé valide de l'Ontario :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Adresse :	Rue _____	App.	_____	
	Ville _____	Prov.	_____	
	Code postal _____			
Adresse postale : (si différente de l'adresse ci-dessus)				
	Rue _____	App.	_____	
	Ville _____	Prov.	_____	
	Code postal _____			
Tél. à domicile :	(_____) _____	Tél. au travail :	(_____) _____	
Courriel :	_____			
Date de naissance :	Jour _____	Mois _____	Année _____	
Langue(s) parlée(s) :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	Autre _____	
Langue préférée pour les services :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français		

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom :	_____	Relation :	_____		
Adresse :	Rue _____	App.	_____		
	Ville _____	Prov.	_____		
	Code postal _____				
Téléphone domicile :	(_____) _____	Téléphone travail :	(_____) _____		
Courriel :	_____				

BIEN NOTER S'IL VOUS PLAÎT
CETTE DEMANDE EST POUR LE SERVICE DE PRÉPOSÉS AUX SOINS
SEULEMENT. ELLE N'A PAS ÉTÉ CONÇUE POUR LES LOGEMENTS ACCESSIBLES ¹
OU POUR LE SERVICE D'AUXILIAIRE FAMILIALE.

IMPORTANT :

S'il vous plaît, veuillez nous informer de tous changements de coordonnées sinon, nous n'aurons aucune façon de vous joindre si un endroit devient disponible.

¹ Une maison ou un appartement adapté aux fauteuils roulants, mais où l'on ne fournit pas de services de préposés aux soins.

Fournisseurs de services pour le RLISS de Champlain dans le centre d'Ottawa

Veuillez indiquer auprès de quel(s) fournisseur(s) de services vous désirez effectuer une demande.

POUR LA RÉGION D'OTTAWA

PROGRAMME DE SERVICES DE PRÉPOSÉS ET D'EXTENSION DES SERVICES

VHA soins et soutien à domicile (VHA) www.vhaottawa.ca

Service de préposés aux soins à domicile

PROGRAMMES DE LOGEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN

THE IN COMMUNITY (AUTREFOIS RESSOURCES COMMUNAUTAIRES POUR LES PERSONNES AYANT UN HANDICAP) www.theincommunity.ca

145 rue Clarence

475 avenue Laurier Ouest

1320 chemin Richmond

2410 croissant Southvale

141 avenue Twyford

88 croissant Forestview (Foyer de groupe)

LA MARCHÉ DES DIX SOUS DE L'ONTARIO (MDDO) www.marchofdimes.ca

3001 chemin Jockvale

LA MAISON PARKWAY (MP)

2475 rue Regina

CHOIX PERSONNEL VIE AUTONOME (CPVA) www.pcilcpva.org

181 croissant Forestglade (Anglais)

520 avenue Bronson (Français)

1604 avenue Pullen (Foyer de transition en groupe)

POSTSECONDAIRE

Les services de préposés aux soins sont offerts aux étudiants inscrits à un programme postsecondaire qui vivent aux résidences de l'Université Carleton ou du Collège Algonquin.

SERVICES DE PRÉPOSÉS AUX SOINS DE CARLETON-ALGONQUIN

www.carleton.ca/pmc/attendant

Université Carleton

Collège Algonquin

Veillez indiquer auprès de quel(s) fournisseur(s) de services vous désirez effectuer une demande.

POUR LA REGION DE CORNWALL (A L'EST D'OTTAWA)

PROGRAMME DE SERVICES DE PREPOSES ET D'EXTENSION DES SERVICES

Groupe Action est le fournisseur de la région Prescott -Russell et Rockland.
Adresse : 250 rue Principale Est, Suite 210, Hawkesbury, ON., K6A 1A5
Téléphone : 613-632-7837 ou sans frais : 1-866-363-3210
Télécopieur : 613-632-5648
Personne contact: sheilalacroix@groupeaction.ca www.groupeaction.ca

La Croix-Rouge canadienne est le fournisseur de Cornwall et de Stormont – Région de Dundas et Glengarry.
Adresse : 165 chemin Montréal, Cornwall, ON., K6J 1B2
Téléphone : 613-932-0231 Poste : 2253 ou sans frais : 1-888-404-0464
Télécopieur : 613-932-8106
Personne contact: colette.lavictoire@redcross.ca www.redcross.ca

PROGRAMMES DE LOGEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN

LA CROIX-ROUGE CANADIENNE

Projet de Cornwall au 330 4^{ème} rue Est, Cornwall, ON., K6H 2J4 (13 Unités)

Projet de Cornwall au 15 rue Edouard, Cornwall, ON., K6H 4G6 (3 unités)

Projet de Rockland au 1026 rue Laurier, Rockland, ON., K4K 1V6 (7 Unités)

POUR LA REGION DU COMTE DE RENFREW (A L'OUEST D'OTTAWA)

PROGRAMME DE SERVICES DE PREPOSES ET D'EXTENSION DES SERVICES

La Marche des dix sous de l'Ontario est le fournisseur de Leeds, région de Lanark et du Comté de Renfrew.
Adresse : 6 Place Glenwood, Unité 6, Brockville, ON., K6V 2T3
Téléphone : 613-342-1935 Poste : 228 ou sans frais : 1-888-252-9008
Télécopieur : 613-342-7636 Contact : jshields@marchofdimes.ca www.marchofdimes.ca

PROGRAMMES DE LOGEMENT AVEC SERVICES DE SOUTIEN

Marianhill Inc. gère le programme de logement dans le Comté de Renfrew.
Adresse : 600 rue Cecelia, Pembroke, Ontario, K8A 7Z3
Téléphone : 613-735-6839 Poste : 251; Télécopieur : 613-732-3934
Directrice des services communautaires : Joanna Chisnell
Contact : jchisnell@marianhill.ca www.marianhill.ca

Projet de Fairfields au 30 Rue Bell, Eganville, ON., K0J 1T0 (22 Unités)

Projet de Riverview au 1145 Rue Victoria, Petawawa, ON., K8H 2E6 (21 Unités)

Algonquins of Pikwàkanagàn gère le programme de logement dans le Comté de Renfrew.
Adresse : 1657A Mishomis Inamo, Pikwàkanagàn, Golden Lake, Ontario, K0J 1X0
Téléphone : 613-625-2800; Pour le programme de logement : 613-625 1230
Télécopieur : 613-625-2207
Administratrice : Peggy Dick (8 Chambres)
Contact : orw@pikwakanagan.ca www.algonquinsofpikwakanagan.com

Renseignements au sujet de votre handicap physique

Handicap physique principal : _____

Depuis quand : Jour _____ Mois _____ Année _____

Est-ce qu'il est probable que votre condition :

S'améliore Se détériore Demeure stable

Veillez décrire tout autre handicap ou condition physique qui pourrait affecter la prestation de services. (C.à-d. diabète, problèmes de santé mentale, trouble cardiaque, déficience visuelle, etc...)

Conditions de vie actuelles

Veillez indiquer vos conditions de vie actuelles.

- Maison d'accueil pour personnes âgées Établissement de soins de longue durée
 Hôpital ou Service de réadaptation Hôpital de soins de courte durée
 Hôpital de soins aux malades chroniques Centre de convalescence
 Logement avec service de soutien (Appartement avec soins disponibles jour et nuit)
 Maison de transition
 Occupation partagée avec personnel de soutien
 Appartement ou maison avec services de préposés (Encerclez-en un)
 Appartement ou maison avec services payés par assurance ou CSPAAT (Encerclez)
 Appartement ou maison avec services fournis par la famille, les amis ou payés par le client (Encerclez-en un)
 Autre (S.V.P. préciser) _____

Veillez indiquer vos conditions de logement. (Sélectionnez tout ce qui s'applique)

- Vous vivez seul Vous vivez avec un ou des enfant(s) à charge
 Vous vivez avec un ou des parent(s) ou beau(x)-parent(s)
 Vous vivez avec un conjoint ou un autre adulte

(Veillez indiquer depuis combien d'années vous habitez cet endroit.) _____

Services actuels

Veillez indiquer toutes vos ressources actuelles et vos sources de financement pour des services de préposés.

- Programme de services de préposés aux soins
- Logement avec services de soutien
- Programme de financement direct
- CSPAAT (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, anciennement indemnisation des accidentés du travail)
- Règlement avec l'assurance, paiement provenant des assurances, règlement en cours (Encerchez-en un)*
- Services de soutien à la personne ou d'auxiliaire familial obtenus grâce au Centre d'accès aux soins communautaires (Anciennement soins à domicile)
- Services d'auxiliaire familiale obtenus grâce au soutien communautaire
- Famille ou amis (veuillez décrire) : _____
- Maison de transition ou Centre de réadaptation
- Centre de soins aux malades chroniques ou de soins de longue durée (maison de repos ou autre centre de soins)
- Utilisation d'un animal d'assistance
- Autre (S.V.P. Préciser) : _____
- Aucun

** Remarque : En vertu de la loi de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, (anciennement indemnisation des accidentés du travail) si vous avez reçu ou que vous attendez un paiement ou un règlement d'assurance ou d'autres fonds destinés aux services de santé ou de préposés aux soins, vous êtes légalement obligé de nous en informer sans rien omettre.*

Veillez préciser les services que vous recevez chaque semaine

Service	Nombre de visites (par semaine)	Nombre d'heures (par visite)
Auxiliaire familial		
Physiothérapie		
Ergothérapie		
Soins infirmiers		
Préposés aux soins		

Autres services (Veillez préciser)

--	--	--

Services requis

Veillez indiquer le nombre d'heures de service quotidien requis.

Moins de 2 heures par jour

4 à 6 heures par jour

2 à 4 heures par jour

Plus de 6 heures par jour

Veillez indiquer le nombre d'heures requises

Le matin _____

Le soir _____

À tout autre moment _____

Normalement, avez-vous besoin de service entre 23 h et 7 h?

Aucun

Un peu de services (Veillez préciser)

Pouvez-vous communiquer verbalement? Oui Non

Si non, veuillez indiquer les méthodes ou les outils que vous utilisez pour communiquer. _____

Poids : _____

Pouvez-vous vous soutenir par vous-même? Oui Non

Taille : _____

Quel(s) type(s) de transfert utilisez-vous? (Sélectionnez tout ce qui s'applique.)

Transfert sans aide

Transfert à deux personnes

Transfert avec planche de transfert

Appareil de levage au plafond

Appareil de levage portatif

Pivot avec aide minimale/ceinture/disque

Pivot avec aide complète/ceinture/disque

Autre (Veillez préciser) : _____

À quand remonte votre dernière évaluation de transfert effectuée par un ergothérapeute autorisé? _____

Services requis... suite

Est-ce que votre situation de vie actuelle est convenable?

Oui Non

Si elle n'est pas convenable, veuillez indiquer pourquoi (c.-à-d. problèmes architecturaux, parents âgés qui ont de la difficulté à fournir les soins, environnement non sécuritaire, etc...).

Correspondance

Parfois, d'autres fournisseurs de services voudraient envoyer de la correspondance concernant des évènements spéciaux, des études de recherches, etc., aux clients sur la liste d'attente de L'Association des fournisseurs de services de préposés. Voudriez-vous être sur notre liste de distribution?

Oui
 Non

Si oui, dans quelle langue?

Deux langues officielles
 Anglais seulement
 Français seulement

Informations supplémentaires

Est-ce que votre résidence est sans fumée? Oui Non

Possédez-vous des animaux domestiques? Oui Non

Si oui, indiquez quel genre d'animaux il s'agit.

Avez-vous besoin d'aide pour prendre soin des animaux? Oui Non

Aide requise du service de soutien

Veillez remplir les tableaux suivants en inscrivant un « X » dans la case appropriée ou « S/O » si non applicable.

Transferts	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Chaise à chaise			
Se coucher ou se lever du lit			
Aller/retour toilette ou chaise d'aisance			

Intestin et vessie	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Routine pour la vessie			
Routine pour les intestins			
Médicaments/ suppositoires			
Soins des stomies			
Serviettes pour incontinent			

Habillement / Déshabillement	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Bas du corps			
Haut du corps			
Chaussures			
Vêtements d'extérieur			
Boutons, fermetures éclairs, agrafes			
Appareils d'orthodontie et prothèses			

Aide requise du service de soutien... suite

Hygiène et soins personnels	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Bain ou douche			
Bain au lit			
Coiffure/maquillage/rasage			
Soins du périnée			
Serviettes/tampons hygiéniques			
Prise de médicaments			
Soins respiratoires			

Soin de la peau	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Repositionnement pendant la nuit			
Soins ou traitements particuliers pour la peau			

Nourriture et boisson	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Préparation de repas			
Couper les aliments			
Se nourrir			
Appareils d'assistance/pailles/boissons			
Alimentation par tube			

Entretien ménager	Aucune aide requise	Un peu d'aide requise	Aide complète requise
Époussetage			
Balai/vadrouille/aspirateur			
Vaisselle			
Lavage			
Ordures			
Faire le lit/changer le lit			

Déclaration et consentement

Je _____, déclare que toutes les affirmations contenues dans cette demande sont exactes et complètes. Je consens à ce que les renseignements fournis soient utilisés pour évaluer mon admissibilité au service de préposés. De plus, j'autorise VHA soins et soutien à domicile à la collecte et le partage de mon information personnelle avec les individus/organismes mentionnés **à la deuxième page, à la troisième page et ceux identifiés ci-dessous.**

- Centre d'accès aux soins communautaires (CSAC) .
- Partenaires communautaires (c.-à-d. : la Société pour la sclérose en plaques , Association canadienne pour les personnes paraplégiques , Employé du Centre de réadaptation , autres, s'il-vous-plaît, veuillez préciser _____).
- Soignant informel. S'il vous plaît, veuillez préciser _____.
- _____, _____.
- Personne contact en cas d'urgence. S'il-vous-plaît, veuillez préciser _____.
- _____, _____.
- Autre. S'il-vous-plaît, veuillez préciser _____.
- _____, _____.

Les raisons pour lesquelles nous recueillons, utilisons ou gardons vos informations de santé peuvent comprendre :

- Prestation de soins de santé directs,
- Paiement des services et du traitement,
- Planification administrative,
- Accréditation et octroi de permis,
- Activités pour l'amélioration de la qualité,
- Activités de gestion des risques,
- Enseignement,
- Usage légal tel que requis par la loi.

Je comprends que mes informations personnelles seront gardées de façon sécuritaire et confidentielle selon la législation relative à la protection de la vie privée de l'Ontario : Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, je comprends que mes informations personnelles peuvent être partagées par téléphone, par écrit ou électroniquement. J'ai été avisé de la raison de cette collecte, utilisation, divulgation et conservation de mes informations personnelles, tel que décrit plus haut et j'accepte ce procédé et décharge VHA soins et soutien à domicile de toute allégation, demande, action et cause de mesure prise reliée à la collecte, la divulgation, l'émission ou le partage d'informations énoncées.

Je comprends que je peux en tout temps modifier ou retirer mon consentement en avisant, par écrit ou par courrier enregistré, VHA soins et soutien à domicile. Les changements seront en vigueur sept jours ouvrables après la réception.

Signature/ Marque
du demandeur _____ Date _____

Signature du
témoin _____ Date _____

ATTENTION : S'il-vous-plaît, conservez une copie de cette demande pour besoins futurs.

Lorsque complétée, la demande doit être envoyée à l'adresse suivante :
Programme de services des préposés et d'extension des services

**VHA soins et soutien à domicile
700-250, Avenue City Centre
Ottawa, Ontario
K1R 6K7**

**Téléphone: 613-238-8420 Sans frais: 1-877-818-0884
Télécopieur: 613-238-1306**