



Soins intégrés à domicile et en milieu communautaire

Notre objectif est d'offrir, aux familles d'enfants et de jeunes ayant des besoins spéciaux, un système de soins plus intégré qui met l'accent sur les besoins individuels des enfants et assure une transition harmonieuse entre les services qu'ils reçoivent à CHEO, à domicile et en milieu communautaire.

Le programme de prestation de soins intégrés de CHEO offre des services de soins pour enfants, aussi bien à domicile qu'en milieu communautaire, dans la région de Champlain.

Soins intégrés à domicile et en milieu communautaire

Nos équipes de coordination des soins aux patients aident à élaborer des plans de soins, afin d'assurer des soins sûrs et de haute qualité visant à maintenir les patients en santé à leur propre domicile. CHEO offre les services pédiatriques suivants, à domicile et en milieu communautaire, en partenariat avec des partenaires de confiance :

- Soins infirmiers (soins de la plaie, administration des médicaments, accès intraveineux, soins aux personnes stomisées et aux patients porteurs de cathéter)
- Soins infirmiers d'intervention rapide
- Services de soutien personnel
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Consultations en nutrition

Veillez consulter notre [site Web](#) pour obtenir des renseignements détaillés sur chaque service.

Les enfants et les jeunes reçoivent également des [services de réadaptation en milieu scolaire](#), qui comprennent :

- Ergothérapie
- Physiothérapie
- Orthophonie : un rapport d'évaluation orthophonique récent (datant de moins de 12 mois) est requis.

L'aiguillage vers les services de thérapie scolaire est effectué par l'école de l'enfant. CHEO s'associe à CommuniCare pour fournir des services à Ottawa, North Lanark/North Grenville (NLNG) et dans certaines régions des comtés de l'Est. Les thérapeutes de CHEO fournissent des services dans le comté de Renfrew et dans certaines régions des comtés de l'Est.

Conseils rapides pour un aiguillage efficace pour les Soins intégrés à domicile et en milieu communautaire

- Veuillez-vous assurer qu'une principale personne-ressource a été identifiée et que ses coordonnées sont fournies.
- Veuillez indiquer si un interprète sera nécessaire et pour quelle langue. Cela nous aide à terminer notre évaluation d'admission en temps opportun.
- Pour les demandes de même jour, la demande d'aiguillage doit être envoyée au plus tard avant l'heure du midi.
- Pour les demandes de thérapie par perfusion, veuillez-vous assurer que *tous* les renseignements suivants sont inclus à la demande d'aiguillage :
 - Type de sonde : CCIP (cathéter central à insertion périphérique), cathéter à demeure, cathéter veineux périphérique
 - Pour CCIP : inclure le type, la taille, les lumens, la longueur externe
 - Date du dernier changement de pansement (pour les soins CCIP et les blessures), et date du prochain changement
 - Les médicaments : *nom, dose, voie d'administration, fréquence*, heure de la *première dose* donnée et *date d'arrêt* du médicament.
2. Veuillez-vous assurer que vos coordonnées sont fournies.

Les coordonnateurs des services d'accueil ne communiqueront avec vous qu'en cas de questions de suivi pertinentes en lien avec la procédure d'aiguillage.

Le programme de prestation de soins intégrés adopte la philosophie : « Clinique des soins infirmiers d'abord ». Une approche voulant que toute demande en matière de soins infirmiers est d'abord envoyée en clinique (cette dernière devrait se situer à moins de 25 km de la maison du patient).

Pour de plus amples renseignements ou pour connaître les critères d'admissibilité, vous pouvez nous appeler tous les jours, y compris les fins de semaine et les jours fériés, et ce, entre 8 h et 20 h, au 613-737-7600 poste 1794 ou nous écrire à l'adresse suivante : integratedcaredelivery@cheo.on.ca. Nous répondons aux courriels dans un délai de 1 à 2 jours ouvrables. Les courriels ne doivent pas être utilisés pour des communications urgentes ou sensibles. Veuillez éviter d'envoyer par courriel des renseignements personnels sur la santé.



Aiguillage vers les soins intégrés pédiatriques à domicile et en milieu communautaire

Confidentiel. Si vous avez reçu ce formulaire par erreur, veuillez appeler au 613-737-7600, poste 1794

Date de sortie prévue :		(s'il y a lieu)	
Détails et données démographiques du patient			
Numéro d'assurance-maladie :		Code de Version : <input type="checkbox"/> Pas de Code de version	
Nom de famille :		Prénom(s) : Nom préféré :	
Adresse résidentielle : <input type="checkbox"/> Aucune adresse connue		Ville :	
Code postal :		Numéro de téléphone : Autre numéro de téléphone :	
Adresse pour le traitement : (À remplir si différent de l'adresse résidentielle)		Ville :	
Code postal :		Numéro de téléphone : Autre numéro de téléphone :	
Date de naissance :		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non binaire Pronoms : <input type="checkbox"/> il/lui <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> ils/elles/eux	
Langue première : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		Interprète requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Langue préférée pour le service <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français			
Nom de la principale personne-ressource (Laisser vide si le patient est la principale personne-ressource) :			
Relation : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Frère ou sœur <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Numéro de téléphone :		Autre numéro de téléphone :	
Nom de la personne-ressource secondaire (Laisser vide si le patient est la principale personne-ressource) :			
Relation : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Frère ou sœur <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Numéro de téléphone :		Autre numéro de téléphone :	
Renseignements détaillés sur la santé			
Précautions : <input type="checkbox"/> Courant <input type="checkbox"/> Par gouttelettes <input type="checkbox"/> Par contact <input type="checkbox"/> Aéroporté Organisme infectieux :			
Allergies : <input type="checkbox"/> Pas d'allergie connue <input type="checkbox"/> Oui. Dans l'affirmative, énumérer les allergies :			
Diagnostic primaire			
Diagnostic secondaire			
Motif de l'aiguillage			
Antécédents médicaux pertinents			
Procédures chirurgicales ou autres			
Médicaments		<input type="checkbox"/> Voir liste supplémentaire (ci-jointe)	
Alimentation			
Fournisseur de soins de santé communautaires (par exemple, médecin ou praticien) <input type="checkbox"/> Aucun		Nom de famille : Prénom(s) :	
Documentation supplémentaire jointe à la demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			



Nom de famille :	Prénom :
Numéro d'assurance-maladie :	Code de version :

Aiguillage vers les soins intégrés pédiatriques à domicile et en milieu communautaire

Confidentiel. Si vous avez reçu ce formulaire par erreur, veuillez appeler au 613-737-7600, poste 1794

Services demandés			
<input type="checkbox"/> Nutrition clinique	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	
<input type="checkbox"/> Soutien personnel/soins	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Infirmière d'intervention rapide	<input type="checkbox"/> Services d'orthophonie

Veillez remplir toutes les sections suivantes, selon le cas. Les demandes médicales incomplètes ne peuvent pas être traitées et retarderont le début des services.

ACCÈS INTRAVEINEUX ET SOINS :

Type de CCIP : _____ Taille : _____ Lumens : _____ Longueur externe : _____
 Avec manchon (Broviac®) Dispositif entièrement implanté (Port) Périphérique Dernier changement de pansement

MÉDICAMENT : (intraveineux et traitement à administrer par les agents de soins à domicile)

Poids du patient : _____ kg

1 _____ Dose : _____ Voie d'administration : _____ Fréquence : _____ Date/heure d'arrêt

2 _____ Dose : _____ Voie d'administration : _____ Fréquence : _____ Date/heure d'arrêt

Date et heure de la première dose : _____

Date et heure de la dernière dose d'intraveineux administrée à l'hôpital : _____

Rinçage de l'héparine : Non Oui. Dans l'affirmative, Concentration : _____ Dose : _____ Fréquence : _____

Si vous ne parvenez pas à redémarrer l'accès intraveineux, le client doit : Se diriger aux urgences Manquer/retarder la dose

Prendre PO ou injection (donner une ordonnance au client)

Section 8 requise? Non Oui ---- Code _____

BLESSURES : (selon les pratiques exemplaires publiées sur www.RNAO.ca)

Type : _____ Nettoyage :

Solutions salines normales Eau stérile

Fréquence : _____ Rendez-vous de suivi :

Appliquer/Couvrir (fournitures) : _____

Ordonnances : _____

SOINS DES STOMIES : Type _____

SOINS PAR CATHÉTER : Type : _____ Taille : _____

Ordonnances : _____

Fréquence : _____

ALIMENTATION :

Sonde nasogastrique Sonde naso-jéjunale Taille : _____ Longueur externe _____ Sonde gastrique Sonde GJ Taille : _____

Formule : _____

Commandes (par exemple, taux, durée) : _____

SERVICES DE RÉPIT :

Financement du programme pour enfants dont la santé est fragile ou dépend de moyens technologiques :

Médecin de référence/infirmière praticienne/ Informations sur l'organisation et signature de la source de l'aiguillage

Organisation/unité :	Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :
Nom :	Date :	
Signature :	N° de l'OMCO :	

Pour de plus amples renseignements ou pour connaître les critères d'admissibilité, veuillez nous contacter au 613-737-7600 poste 1794 ou par courriel à l'adresse integratedcaredelivery@cheo.on.ca

Les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé recueillis dans le présent formulaire d'aiguillage servent à déterminer l'admissibilité aux services de prestation de soins intégrés. En soumettant ces renseignements, vous consentez à ce que CHEO utilise, partage, collecte et communique des renseignements personnels sur vous et sur la santé de votre enfant aux fins des services intégrés de soins à domicile et en milieu communautaire. Ces renseignements feront partie du dossier médical de l'enfant ou du jeune et seront conservés en lieu sûr et confidentiel. Pour plus de renseignements sur le consentement et nos pratiques en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec l'équipe de protection de la vie privée de CHEO à l'adresse suivante privacy@cheo.on.ca