



SERVICE DE PARAMÉDIC DU GRAND SUDBURY
PARAMÉDICINE COMMUNAUTAIRE
Demande de service

TÉLÉPHONE (LUN AU VEN, 8H À 16H) : 705-674-4455
poste 1121
TÉLÉCOPIEUR : 705-983-5757
ADRESSE COURRIEL : CPintake@greatersudbury.ca

COMMUNAUTÉS DÉSSERVIES

Azilda, Blezard Valley, Capreol, Chelmsford, Coniston, Copper Cliff, Dowling, Falconbridge, Garson, Hanmer, Levack, Lively, Onaping, Skead, Sudbury, Val Caron, Val Thérèse, Wahnapiatae, Walden, Wanup, Whitefish et Worthington

AVIS

Afin d'éviter des délais, assurez-vous que chaque section est dûment remplie. Si non, le délai de traitement sera plus long et votre demande risque d'être rejetée. Les demandes reçues par télécopieur et par courriel seront triées du lundi au vendredi, entre 8h et 16h, excluant les jours fériés.

RÉSUMÉ DES PROGRAMMES DE PARAMÉDICINE COMMUNAUTAIRES

Nos paramédics communautaires ont tous reçu des formations spécialisées afin de prodiguer des soins de qualités à domicile. Ils travaillent en concert avec autres agences communautaires afin d'assurer que la résidence du patient demeure un milieu sain et sécuritaire.

Les services offerts, parmi autres :

- Visites à domicile avec et sans rendez-vous
- Évaluations et interventions précoces pour des ennuis de santé non urgents
- Évaluations, diagnostiques et interventions à domicile sous surveillance médicale
- Gestion et sensibilisation de maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque congestive, diabète, etc.)
- Surveillance à distance (tension artérielle, saturométrie, etc.)
- Révision de la médication et appui en polypharmacie
- Aiguillage vers autres ressources communautaires et de soins de santé

CONSENTEMENT DU PATIENT

Est-ce que le patient a consenti à cette demande de service ? OUI NON

COORDONNÉES PERSONNELLES DU PATIENT

Nom: _____ N° de carte Santé: _____
Date de naissance (MM/JJ/AAAA): _____ Genre : Homme Femme Autre
Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____
N° de téléphone: _____ Langue d'usage : Français Anglais Autre

COORDONNÉES DU PROCHE AIDANT OU EN CAS D'URGENCE

Nom: _____ Lien avec le patient: _____
N° de téléphone: _____ Est-ce un contacte primaire ? OUI NON

FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES ET PHARMACIE

Est-ce que le patient a un fournisseur de soins primaires (médecin, infirmière praticienne) ? OUI NON
Nom: _____ N° de téléphone: _____
Pharmacie: _____ Allergies: _____

HÉBERGEMENT EN FOYER DE SOINS DE LONGUES DURÉES

Est-ce que le patient est inscrit à une liste d'attente ? OUI NON
Est-ce que le patient est inscrit à une liste en raison de crise ? OUI NON

ACTEURS DE RISQUES (cochez toutes les cases pertinentes)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs chutes en 3 mois | <input type="checkbox"/> Trois comorbidités ou plus | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Vit seul | <input type="checkbox"/> Multiples appels au 911 | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> Confiné chez soi | <input type="checkbox"/> Multiples visites à la salle d'urgence | <input type="checkbox"/> Frêle |
| <input type="checkbox"/> Isolement géographique | <input type="checkbox"/> Congé hospitalier récent | <input type="checkbox"/> Mobilité réduite |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier): _____ | | |

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (cochez toutes les cases pertinentes)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie coronarienne | <input type="checkbox"/> Démence | <input type="checkbox"/> Paraplégie | <input type="checkbox"/> Diabète sucré |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive | <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique | <input type="checkbox"/> Quadriplégie | <input type="checkbox"/> Santé mentale et toxicomanie |
| <input type="checkbox"/> Arythmie cardiaque | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque | <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Trouble convulsif | <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> MPOC | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> AIT (mini-AVC) | <input type="checkbox"/> Fracture de la hanche | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Hémiparésie | <input type="checkbox"/> Fracture (autre) | <input type="checkbox"/> Autre (précisez ci-dessous) |

DESCRIPTION ET DÉTAILS PERTINANTS DES ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX *Obligatoire**MOTIF DE LA DEMANDE (Comment pouvons-nous vous aider à réaliser vos objectifs de soins? Souhaitez-vous recevoir des services spécifiques ?) *Obligatoire****SERVICES EXISTANTS (cochez toutes les cases pertinentes)**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Services de soutien à domicile et en milieu communautaire | <input type="checkbox"/> Proche aidant fiable | <input type="checkbox"/> Moyen de transport fiable |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez): _____ | | |

PRÉCAUTIONS (cochez toutes les cases pertinentes)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comportement agressif | <input type="checkbox"/> Punaises de lit/parasites | <input type="checkbox"/> Trouble de thésaurisation |
| <input type="checkbox"/> Abus de substances | <input type="checkbox"/> Animaux domestiques | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____ |

ASSUREZ-VOUS D'INCLURE TOUTE DOCUMENTATION PERTINANTE

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Requête d'analyse de laboratoire | <input type="checkbox"/> Ordonnances | <input type="checkbox"/> Liste des médicaments | <input type="checkbox"/> Procuration | <input type="checkbox"/> Formulaire de confirmation d'ordonnance de ne pas réanimer |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|

COORDONNÉES DU RÉFÉRANT

Nom et désignation: _____ Organisme: _____
N° de téléphone: _____ Télécopieur: _____
Signature: _____ Date (MM/JJ/AAAA) : _____