Manitoba
Ministère des Familles

Date de l'orientation : _____

Formulaire d'orientation vers le Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils pour la communauté

Conformément à l'article 15 de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, ce formulaire a pour objectif d'indiquer les interventions d'ordre médical subies par la personne et de demander le soutien du Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils pour la communauté. Parmi les services offerts aux personnes soutenues par les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées et à leurs prestataires de services ou leur réseau de soutien, mentionnons l'élaboration d'un plan de soins de santé, une formation et la délégation de tâches par le personnel infirmier. Le fait de remplir ce formulaire n'est pas une garantie de service. Si vous avez des questions concernant les renseignements demandés dans ce formulaire, vous pouvez communiquer avec le programme.

ENVOYEZ LE FORMULAIRE REMPLI PAR TÉLÉCOPIEUR AU : 1-204-856-4258

N'oubliez pas de signer la SECTION V – AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET CONSENTEMENT à la page 3.

La réception de votre demande sera confirmée à la personne-ressource et au travailleur des services communautaires par courriel. Une infirmière-conseil ou un infirmier-conseil s'efforcera de répondre dans les 5 jours ouvrables.

SECTION I – RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME COMMUNAUTAIRE

À remplir par la personne responsable de l'orientation, c.-à-d. le prestataire de soins primaires, le travailleur des services communautaires ou l'organisme.

Type de programme communautaire (veuillez cocher [X])	Nom du programme communautaire :
☐ Organisme	Personne-ressource :
☐ Cohabitation	Tél. : Téléc. :
☐ Relève	Courriel :
☐ Loisirs/programme de jour	Nom du travailleur des services communautaires :
	Courriel du travailleur des services communautaires :
	Adresse (**endroit où le service doit être offert**) :
	Rue :
	Ville : Code postal :

SECTION II – RENSEIGNEMENTS SUR LA CLIENTÈLE

Nom _____ **Prénom** _____ **Alias** _____

Date de naissance :

Mois _____ **Jour** _____ **Année** _____ **Numéro d'identification personnel (à 9 chiffres)** _____ **Médecin de famille** _____

SECTION III – TYPES DE SERVICES ou D'INTERVENTIONS DEMANDÉS

Cocher [X] tous les éléments pertinents.

Reportez-vous à la page 2 pour indiquer le ou les problèmes de santé associés aux services ou à l'intervention demandés :

☐ **Formation – en fonction de la clientèle**
(*formation dispensée au personnel désigné de l'organisme d'après les besoins d'un client [plan de soins de santé individualisés, délégations, etc.]*)

☐ **Formation – formation générale à l'intention du personnel de l'organisme, du programme de jour, etc.**

☐ **Intervention clinique** *(examen des antécédents médicaux, administration de médicaments et formation connexe, gestion des intestins et de la vessie, diabète, alimentation entérale, changement de sonde gastrique, délégation de tâches, etc.).* ***Veuillez fournir une description ci-dessous :***

☐ **Suivi médical continu** *(examens programmés, visites de contrôle, participation à des réunions de planification ou à des rendez-vous médicaux, analyses sanguines, etc.).* ***Veuillez fournir une description ci-dessous :***

☐ **Autres** *(décrivez le problème/besoin ci-dessous) :*

SECTION IV – MALADIES OU PROBLÈMES DE SANTÉ

Cocher (X) tous les problèmes de santé ou maladies pour lesquels la personne a besoin d'une intervention :

Remarque : Des renseignements complémentaires sont nécessaires pour les maladies/problèmes de santé assortis d'un astérisque. Veuillez fournir ces renseignements complémentaires ci-après.*

☐ Allergies*	☐ Vessie*	☐ Tension artérielle	☐ Analyse sanguine	☐ Gestion des intestins*
☐ Trouble cardiaque*	☐ Cathéter	☐ Bilan	☐ Diabète*	☐ Toxicité médicamenteuse
☐ Œdème	☐ Alimentation entérale*	☐ Épilepsie	☐ Soins des yeux	☐ Restriction hydrique
☐ Changement de sonde gastrique	☐ Hyponatrémie	☐ Nutrition	☐ Stomie*	☐ RDV – fournisseur de soins primaires
☐ PICA	☐ Système respiratoire*	☐ Examen prévu	☐ Convulsions*	☐ Intégrité cutanée
☐ Aspiration*	☐ Infection urinaire	☐ Malaise vaso-vagal	☐ Signes vitaux	

☐ Autres : _____ _____ _____ _____

Renseignements complémentaires :

***Allergies** ☐ **Allergies potentiellement mortelles :**

Utilisation d'EpiPen? ☐ OUI ☐ NON

Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation ou d'éducation pour administrer ses médicaments? ☐ OUI ☐ NON

***Gestion des intestins et de la vessie.** Veuillez fournir une description ci-dessous :

***Trouble cardiaque** nécessitant une intervention d'urgence spécialisée dans le cadre du programme communautaire.

Quel type de trouble cardiaque a-t-on diagnostiqué chez cette personne? _____

Faut-il lui administrer de la nitroglycérine en aérosol? ☐ OUI ☐ NON

***Diabète**

De quel type de diabète la personne est-elle atteinte? ☐ Type 1 ☐ Type 2

La personne doit-elle faire l'objet d'une surveillance de la glycémie? ☐ OUI ☐ NON

La personne a-t-elle besoin d'aide pour contrôler sa glycémie? ☐ OUI ☐ NON

Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation en matière de surveillance de la glycémie ou d'éducation relative au diabète? ☐ OUI ☐ NON

***Soins ou alimentation par gastrostomie/formation en la matière/délégation de tâches**

La personne a-t-elle besoin d'être alimentée au moyen d'une sonde de gastrostomie? ☐ OUI ☐ NON

A-t-on besoin d'administrer ses médicaments au moyen d'une sonde de gastrostomie? ☐ OUI ☐ NON

La personne dispose-t-elle d'un plan de soins écrit concernant son alimentation et ses médicaments? ☐ OUI ☐ NON

Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation ou de délégation de tâches? ☐ OUI ☐ NON

***Soins de stomie**

La personne a-t-elle besoin que l'on vide la poche de stomie? ☐ OUI ☐ NON

La personne a-t-elle besoin que l'on change l'appareillage stomique? ☐ OUI ☐ NON

Le personnel de soutien a-t-il besoin d'aide ou de formation en matière de soins stomiques? ☐ OUI ☐ NON

***Système respiratoire** **Asthme (administration de médicaments par inhalation)** La personne peut-elle prendre seule son médicament contre l'asthme (pompe)? Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation pour administrer le médicament?	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON
Oxygène à dosage préétabli La personne a-t-elle besoin qu'on lui administre de l'oxygène à dosage préétabli dans le cadre du programme communautaire? La personne apporte-t-elle du matériel pour l'administration d'oxygène dans le contexte du programme communautaire?	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON
***Crises épileptiques** De quel type de convulsions la personne souffre-t-elle? ☐ Faut-il administrer un médicament de secours à la personne (par exemple Lorazépam sublingual)? Le personnel de soutien a-t-il besoin d'une formation?	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON
***Aspiration (par voie orale ou nasale)** L'aspiration par voie orale ou nasale est-elle nécessaire dans le cas de la personne? Le personnel de soutien a-t-il besoin d'aide ou de formation?	☐ OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ NON

SECTION V – AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET CONSENTEMENT

J'autorise le Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils pour la communauté qui dessert le Programme des services d'intégration communautaire des personnes handicapées (lesquels offrent tous deux des services ou des mesures de soutien à la personne) à échanger et à communiquer des renseignements médicaux concernant les interventions mentionnées ci-dessus et à consulter au besoin le ou les fournisseurs de soins de santé primaires de la personne dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre un plan individuel de soins de santé ou un plan d'intervention d'urgence et de former des membres du personnel du programme communautaire

pour ☐ ***(Nom de la personne – en lettres moulées)***

J'autorise également le Service d'infirmières-conseils ou d'infirmiers-conseils à saisir les renseignements concernant cette personne dans une base de données provinciale qui ne sera utilisée qu'à des fins de planification des programmes, de coordination des services et de prestation des services. Cette base de données peut faire l'objet d'une mise à jour pour correspondre à l'évolution des besoins et des services. Je comprends que les renseignements personnels et médicaux seront traités de manière confidentielle et seront protégés conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et à la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

Je comprends qu'il est interdit de recueillir, d'utiliser ou de communiquer les renseignements personnels ou renseignements médicaux personnels de la personne sans mon consentement, à moins que la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et la Loi sur les renseignements médicaux personnels ne l'autorisent.

Chaque année, on reverra le consentement avec moi. Je comprends qu'en tant que subrogé ou tuteur légal, je peux modifier ou révoquer ce consentement à tout moment en adressant une demande écrite au programme communautaire.

Les questions relatives à l'utilisation des renseignements fournis dans ce formulaire peuvent être adressées directement au programme communautaire.

☐

Nom du participant/subrogé (en lettres moulées ou dactylographiées)

☐ ☐

Signature du participant/subrogé Date