

Liste de contrôle des transferts et des admissions

Veillez vous servir du présent formulaire pour évaluer les demandes de transfert ou de retour, ou encore de nouvelle admission dans un foyer de soins de longue durée, une maison de retraite, un lieu d'hébergement collectif ou un établissement de soins continus complexes lorsqu'une écloison a été déclarée dans l'hôpital ou l'établissement de départ ou d'accueil.

Afin d'éviter des retards inutiles, veuillez remplir entièrement la présente liste de contrôle avant d'aviser Santé publique Sudbury et districts que le congé peut être accordé. Information à fournir peu importe le type d'écloison (de maladie entérique ou respiratoire ou de COVID-19).

Les demandes de transfert ou de retour doivent être envoyées à Santé publique Sudbury et districts **dans les 48 heures suivant la date du transfert ou du retour**. Si ce dernier doit avoir lieu le premier jour ouvrable suivant une longue fin de semaine, la demande doit lui être soumise **dans les 72 heures après cette date**.

En cas d'écloison de COVID-19, reportez-vous à l'[annexe E](#) pour connaître les directives. Si celles-ci précisent qu'il faut consulter Santé publique Sudbury et districts, veuillez lui télécopier le présent formulaire aux coordonnées indiquées à la 4^e section.

Nom de l'établissement de départ (précisez la zone ou l'unité) :
Nom de l'établissement d'accueil (précisez la zone ou l'unité) :
Établissement en état d'écloison : Établissement de départ <input type="checkbox"/> Établissement d'accueil <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/>
Numéros d'écloison :
Type d'écloison (le cas échéant) : Maladie entérique <input type="checkbox"/> Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/>

Section 1 : Renseignements devant être fournis par l'établissement de départ

Section 1.1 : Renseignements sur l'établissement de départ

Nom de l'établissement :	
Personne à joindre :	
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :
Date de la demande de transfert :	Heure de la demande de transfert :

Section 1.2 : Renseignements sur la personne ou la maladie

Nom de la personne (prénom, nom de famille) :	
Date de naissance :	
Type de transfert : Nouvelle admission <input type="checkbox"/> Transfert ou retour <input type="checkbox"/>	
La chambre actuelle de la personne est-elle touchée par une écloison? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
La personne a-t-elle la COVID-19? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date du dernier test de dépistage de la COVID-19 :	PCR <input type="checkbox"/> Moléculaire <input type="checkbox"/> TAR <input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle eu des contacts étroits à haut risque avec un cas de COVID-19? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Section 1.3 : Renseignements sur les symptômes de la personne

La personne a-t-elle présenté des symptômes de maladie entérique (diarrhée, vomissements)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Date de présence des derniers symptômes :			
Date de prélèvement de l'échantillon de selles (le cas échéant) :			
Résultat (le cas échéant) :			
La personne a-t-elle présenté des symptômes de maladie respiratoire ou de COVID-19?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Date de début :			
Date de prélèvement pour un test PCR multiplex de dépistage d'un virus respiratoire :			
Résultat :			
La personne a reçu ou reçoit Tamiflu?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	S. o. <input type="checkbox"/>
Traitement (75 mg deux fois par jour) <input type="checkbox"/>	Prophylaxie (75 mg une fois par jour) <input type="checkbox"/>		
La personne a reçu ou reçoit Paxlovid?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	S. o. <input type="checkbox"/>

Section 1.4 : L'établissement de départ

Date d'admission à l'hôpital ou dans l'établissement :	S. o. <input type="checkbox"/>
Diagnostic à l'admission :	S. o. <input type="checkbox"/>
Diagnostic à la sortie :	S. o. <input type="checkbox"/>
Le médecin qui autorise le congé accepte-t-il le transfert ou la nouvelle admission dans un établissement en état d'éclosion? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. o. <input type="checkbox"/> (pour les établissements non en état d'éclosion)	
La personne résidente ou mandataire a-t-elle appris et accepté l'admission ou le transfert dans un foyer en état d'éclosion? Elle connaît les mesures en place pour réduire le risque d'exposition dans l'établissement. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. o. <input type="checkbox"/> (pour les établissements non en état d'éclosion)	
L'établissement d'accueil accepte-t-il le transfert de la personne? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Section 2 : Renseignements devant être fournis par l'établissement de résidence

- À remplir par le foyer de soins de longue durée, la maison de retraite, le lieu d'hébergement collectif ou l'établissement de soins continus complexes où se trouve la personne avant le transfert à l'hôpital.
- Assurez-vous que le formulaire rempli est inclus dans le dossier de transfert (p. ex., avec le formulaire de transfert, le profil pharmaceutique ou l'ordonnance de non-réanimation).

OU

- À remplir par le service de soins à domicile et communautaires en cas de nouvelle admission.

Remarque : afin que Santé publique Sudbury et districts rende une décision finale, tous les champs doivent avoir été remplis.

Section 2.1 : Renseignements sur la vaccination de la personne

La personne est-elle en mesure de respecter toutes les mesures de santé publique requises au besoin (p. ex. port de masque, isolement)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
La personne a-t-elle été atteinte au cours des 90 derniers jours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Date du dernier résultat positif :			
La personne a-t-elle été vaccinée contre la grippe? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date :			
La personne a-t-elle été vaccinée contre la COVID-19? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
1 ^{re} dose <input type="checkbox"/>		Date :	
2 ^e dose <input type="checkbox"/>		Date :	
3 ^e dose <input type="checkbox"/>		Date :	
4 ^e dose <input type="checkbox"/>		Date :	
*Passez en revue les directives pour connaître la définition de pleine vaccination lorsqu'il s'agit de déterminer si la personne est à jour.			

Section 3: Renseignements devant être fournis par l'établissement d'accueil

- À remplir par l'hôpital si c'est l'établissement de départ. **OU**
- À remplir par le foyer de soins de longue durée, la maison de retraite, le lieu d'hébergement collectif ou l'établissement de soins continus complexes en cas d'admission ou d'accueil de la personne. Assurez-vous que tous les renseignements sont fournis avant de demander à Santé publique Sudbury et districts d'approuver le transfert.
- Télécopiez à Santé publique Sudbury et districts aux coordonnées indiquées dans la 4^e section.

Section 3.1 : Renseignements sur l'établissement d'accueil

Nom de l'établissement d'accueil :	
Personne à joindre :	
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :
Lieu de transfert :	
Numéro de chambre :	
Étage ou unité :	
Chambre privée <input type="checkbox"/> Chambre commune <input type="checkbox"/> Salle de bains commune <input type="checkbox"/> Salle de bains privée <input type="checkbox"/>	
La chambre de la personne est-elle touchée par une éclosion? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Numéro d'éclosion :	
En cas de retour dans une chambre commune, l'autre personne est-elle dans une des situations suivantes?	
Cas actif de COVID-19 <input type="checkbox"/> Infection confirmée au cours des 59 derniers jours <input type="checkbox"/> Contact étroit à haut risque <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>	
Autre (spécifiez) :	
Date de la demande d'admission :	

Section 4 : Coordonnées

Télécopiez ou envoyez par courriel la liste de contrôle remplie :

- au 705.677.9618 (ligne confidentielle de télécopieur de Santé publique Sudbury et districts) ou à l'adresse HPT_FAX_CONFIDENTIAL@phsd.ca ET
- au bureau de gestion du roulement des patients d'HSN : 705.675.4771 (le cas échéant);
- en cas de télécopie ou d'envoi par courriel après les heures d'ouverture (de 16 h 30 à 8 h 30 la semaine, la fin de semaine et les jours fériés), composez le 705.688.4366 pour l'annoncer.

Demandes de renseignements sur les transferts :

- Éclosions de maladie entérique : 705.522.9200, poste 464
- Éclosions de maladie respiratoire : 705.522.9200, poste 267 ou LTCH@phsd.ca (courriel)
- Après les heures d'ouverture : 705.688.4366 (de 16 h 30 à 8 h 30 la semaine, la fin de semaine et les jours fériés)

Remarque : il est possible de joindre le bureau de gestion du roulement des patients d'HSN au 705.522.2200, poste 1044 (le cas échéant).

Santé publique Sudbury et districts déterminera si la personne répond aux critères de transfert ou d'admission dans l'établissement d'après les renseignements fournis et avisera l'hôpital ou l'établissement de départ.