# Liste de contrôle des transferts et des admissions

Veuillez 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 éclosion 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’éclosion (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’éclosion de COVID-19, reportez-vous à l’[annexe E](https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/LTCH_RH_guidance_PHU.pdf) 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 4e section.

|  |
| --- |
| Nom de l’établissement de depart (précisez la zone ou l’unité) : |
| Nom de l’établissement d’accueil (précisez la zone ou l’unité) : |
| Établissement en état d’éclosion : Établissement de départ  Établissement d’accueil  Les deux  Numéros d’éclosion : |
| Type d’éclosion (le cas échéant) : Maladie entérique  Maladie respiratoire  COVID-19 |

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  Transfert ou retour |
| La chambre actuelle de la personne est-elle touchée par une éclosion? Oui  Non |
| La personne a-t-elle la COVID-19? Oui  Non |
| Date du dernier test de dépistage de la COVID-19 : PCR  Moléculaire  TAR |
| La personne a-t-elle eu des contacts étroits à haut risque avec un cas de COVID-19? Oui  Non |

**Section 1.3 : Renseignements sur les symptômes de la personne**

|  |
| --- |
| La personne a-t-elle présenté des symptômes de maladie entérique (diarrhée, vomissements)? Oui  Non |
| 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  Non |
| 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  Non  S. o. |
| Traitement (75 mg deux fois par jour)  Prophylaxie (75 mg une fois par jour) |
| La personne a reçu ou reçoit Paxlovid? Oui  Non  S. o. |

**Section 1.4 : L’établissement de départ**

|  |
| --- |
| Date d’admission à l’hôpital ou dans l’établissement : S. o. |
| Diagnostic à l’admission : S. o. |
| Diagnostic à la sortie : S. o. |
| Le médecin qui autorise le congé accepte-t-il le transfert ou la nouvelle admission dans un établissement en état d’éclosion? Oui  Non  S. o.  (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  Non  S. o.  (pour les établissements non en état d’éclosion) |
| L’établissement d’accueil accepte-t-il le transfert de la personne? Oui  Non |

## 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    Non |
| La personne a-t-elle été atteinte au cours des 90 derniers jours : Oui  Non |
| Date du dernier résultat positif : |
| La personne a-t-elle été vaccinée contre la grippe? Oui  Non  Date : |
| La personne a-t-elle été vaccinée contre la COVID-19? Oui  Non |
| 1re dose  Date : 2e dose  Date :  3e dose  Date : 4e dose  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 4e 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  Chambre commune  Salle de bains commune  Salle de bains privée | |
| La chambre de la personne est-elle touchée par une éclosion? Oui  Non | |
| Numéro d’éclosion : | |
| n cas de retour dans une chambre commune, l’autre personne est-elle dans une des situations suivantes?  Cas actif de COVID-19  Infection confirmée au cours des 59 derniers jours  Contact étroit à haut risque  Aucune  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](mailto:HPT_FAX_CONFIDENTIAL@phsd.ca?subject=Liste%20de%20contrôle%20des%20transferts%20et%20des%20admissions) **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](mailto:LTCH@phsd.ca?subject=Liste%20de%20contrôle%20des%20transferts%20et%20des%20admissions) (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.**