



Connexions Communautaires

Fax: 613-761-5334

Ce formulaire peut être rempli par n'importe quel médecin ou service au nom du client, du client (auto-référence), d'un membre de sa famille ou d'un ami. L'équipe de navigation de Community Connections (composée d'employés de la VHA Health, RGPEO et de la Société de démence d'Ottawa et du comté de Renfrew) examinera l'aiguillage et dirigera les clients et les familles vers les soutiens communautaires et sociaux les plus appropriés.

Le client consent à ce que des renseignements à son sujet soient communiqués à d'autres **OUI** Autrement, la demande ne peut pas être traitée

Date: _____ **Nom du client:** _____ **Date de naissance:** _____

OHIP # _____ **Adresse:** _____

Personne-ressource / aidant (si applicable): _____ **Lien avec le client:** _____

Veillez communiquer avec : le client la personne-ressource **de téléphone:** _____

Langue de préférence : anglais français autre (SVP spécifiez) _____

Quelle est le délai du suivi urgent requis? Dans les 24 heures 24-48 heures Dans les 3 jours ouvrables Dans les 5 jours ouvrables

Veillez indiquer le nom and le numéro de téléphone de la source de la recommandation :

Source de l'aiguillage (Sélectionnez tout ce qui s'applique)

- Auto-référence du client*
- Auto-référence du personne-ressource / aidant*
- L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic*
- L'Hôpital d'Ottawa – Campus Général*
- Hôpital Queensway Carleton*
- Hôpital Montfort*
- Bruyère*
- Institut de Cardiologie de l'Université d'Ottawa*
- Infirmière GEM*
- Triage central des services gériatriques spécialisés*
- L'équipe mobile d'évaluation gériatrique*
- les services de soutien à domicile et communautaire (Santé Ontario)*
- Prestataire de soins primaires*
- Infirmière*
- Travailleur social*
- Services de soutien communautaire*
- Autre – SVP spécifiez :*

Raison pour recommandation (Sélectionnez tout ce qui s'applique)

- Congé de l'hôpital*
- Congé de l'hôpital est planifier*
- A présenté à l'urgence*
- Sur la liste d'attente pour les soins de longue durée*
- Sur la liste d'attente pour les services de soutien a domicile et communautaire (Sante Ontario)*
- Sur la liste d'attente pour une évaluation gériatrique*
- Autre, SVP spécifiez :*

Les questions présentées (sélectionnez tout ce qui s'applique) :

- Démence*
- Troubles cognitifs*
- Problèmes de sante et bien-être*
- A besoin d'un prestataire de soins primaires*
- Insécurité alimentaire*
- Problèmes de logement*
- Soutien social*
- Bien-être d'aidant*
- Défis financiers.*
- Autre, SVP spécifiez :*

Services de soutien: **Soutien personnel** **Aide à l'entretien ménager** **Repas livrés à domicile** **Transportation** **Programmes de jour pour adultes** **Ergothérapie, physiothérapie, soins infirmiers** **Services de sante mentale** **Services sociaux**

Le client reçoit déjà (services publics ou privés)

Le client a été recommandé vers :

Y a-t-il d'autres informations importantes dont l'équipe de navigation doit avoir connaissance