

Équivalence des niveaux de soins

Si le bénéficiaire des soins ne reçoit pas des services de soins à domicile au Manitoba, lesquels sont administrés par un office régional de la santé, ou encore des services offerts par les Services aux enfants handicapés ou les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées, ses besoins de soins doivent être évalués ci-dessous par un médecin ou une infirmière praticienne.

Remplissez seulement l'UNE des parties ci-dessous, soit la partie Adulte ou Enfant, selon le cas.

Nom du bénéficiaire de soins : _____

ADULTE — Pour être admissible, le bénéficiaire de soins a besoin de soins ou d'aide quotidiennement dans la catégorie 1 et dans au moins deux des trois autres catégories, comme indiqué ci-dessous. Cochez « oui » ou « non » pour chaque point :

OUI	NON	Catégorie de soins
		1. (Requis) Aide ou encadrement durant les soins personnels comme la prise de bains, l'alimentation, l'habillage, la toilette/l'hygiène, la mobilité, les déplacements, la propreté/l'élimination, et la prise de médicaments.
		2. Aide ou encadrement lors d'activités quotidiennes comme le magasinage, l'utilisation de moyens de transport, la préparation de repas, la lessive, et l'entretien ménager.
		3. Aide pour obtenir du soutien, s'orienter dans le système et accéder à la communauté, comme des activités récréatives, des groupes de soutien, des suivis médicaux et des séances de counseling.
		4. Offre régulière et soutenue de conseils, aide à la prise de décisions et soutien affectif.

OU

Enfant (moins de 18 ans) — Pour que l'enfant soit admissible, il doit avoir des besoins de soins dans la catégorie 1 et dans au moins deux des trois autres catégories ci-dessous en raison d'un trouble médical qui altère la qualité de vie ou qui met la vie en danger et qui crée des obstacles physiques, cognitifs ou comportementaux l'empêchant d'effectuer les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne.

OUI	NON	Catégorie de soins
		1. (Requis) Aide ou encadrement durant les soins personnels comme la prise de bains, l'alimentation, l'habillage, la toilette/l'hygiène, la mobilité, les déplacements, la propreté/l'élimination, et la prise de médicaments. L'enfant a besoin de soins personnels supplémentaires dépassant ce qui est requis à son âge (p. ex. un enfant de trois ans ou plus qui ne peut se nourrir, se déplacer ou aller à la toilette de lui-même). De plus, les interventions médicales dépassent ce qui est habituellement attendu de ce groupe d'âge (p. ex., alimentation par sonde, injections intramusculaires, suppositoires réguliers).
		2. Aide ou encadrement lors d'activités quotidiennes comme le magasinage, l'utilisation de moyens de transport, la préparation des repas, la lessive et l'entretien ménager. Ces tâches sont normalement effectuées par des enfants plus jeunes, mais peuvent être prises en considération si de l'équipement de levage ou de déplacement est nécessaire. Chez les préadolescents et les adolescents, un trouble grave qui affecte les choix pouvant améliorer la vie et l'indépendance qui sont considérés comme faisant partie du développement normal, comme conduire, faire des courses, cuisiner, peut être pris en considération.
		3. Aide pour obtenir du soutien, s'orienter dans le système et accéder à la communauté ainsi qu'à des activités récréatives, des groupes de soutien, des suivis médicaux et des séances de counseling. Des troubles médicaux affectent la capacité de l'enfant de faire des activités récréatives, sportives et autres qui sont normalement attendues à leur âge de développement. L'enfant a besoin de plus de temps de la part du parent, du soignant ou d'un substitut.
		4. Offre régulière et soutenue de conseils, aide à la prise de décisions et soutien affectif. Ces fonctions sont normalement effectuées pour des enfants plus jeunes, ou conjointement avec eux, cependant il y a des situations où un encadrement additionnel est nécessaire pour la santé et la sécurité de certains enfants. Une augmentation des responsabilités est attendue pendant l'adolescence et peut être affectée de façon significative par un trouble médical (p. ex., lorsque des choix de vie comme la conduite et le travail sont affectés par la maladie, ce qui entraîne une dépendance continue envers le parent/soignant ou des adaptations continues du milieu de vie).

Médecin ou infirmière praticienne : (Écrivez lisiblement en lettres moulées.)

Nom : _____

Profession/poste : _____

Signature : _____

Date (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____