

RÉSERVE ONTARIENNE DE RESSOURCES HUMAINES POUR LE SOUTIEN AUX AÎNÉS (RORHSA)

SECTION A : Formulaire de demande d'aide(s) de soutien aux résidents (ASR)

Ce formulaire doit être rempli par les foyers de soins de longue durée et présenté à la région sanitaire de Santé Ontario. Les foyers de soins de longue durée peuvent se doter d'ASR s'ils disposent des éléments suivants : un personnel stable, une capacité administrative suffisante, y compris une supervision sur place, un EPI adéquat, des politiques et procédures en matière de prévention et de contrôle des infections, un formulaire de demande complet et une attestation.

Information à propos du foyer	
Date	
Nom du foyer	
Adresse du foyer	
Région/RLISS	
Nom de la personne-ressource au foyer	
Courriel	
Numéro de téléphone	
Nom de la personne qui remplit la demande	
Nombre d'ASR requis	

Profil du foyer (en date du dépôt de la demande)	
Le foyer est présentement en zone	
Nombre de résidents dans le foyer	
Nombre de résidents dans le foyer qui sont infectés à la COVID-19	
Nombre de membres du personnel ou de bénévoles dans le foyer qui sont infectés à la COVID-19	
Durée prévue du besoin d'ASR	

Veuillez sélectionner l'une des options suivantes concernant votre personnel <i>fournissant des soins directs aux résidents</i>	
Veuillez choisir l'une des options suivantes concernant <i>l'encadrement sur place par votre personnel</i>	
Pourcentage de postes qui PEUVENT être remplis dans les 48 prochaines heures	
Le foyer a épuisé une partie ou la totalité des éléments suivants pour devenir un foyer doté à 100 % de personnel	<input type="checkbox"/> occasionnel, à temps partiel et agence <input type="checkbox"/> protocoles de retour au travail pour le personnel existant <input type="checkbox"/> soutien qui peut être fourni par la société, y compris l'encadrement et le renforcement du personnel (établissements appartenant à des sociétés privées) <input type="checkbox"/> apprenant

Demande de postes à pourvoir d'aide du soutien aux résidents	
J'ai examiné la description d'emploi d'aide de soutien aux résidents	
Le foyer dispose PRÉSENTEMENT d'un rôle d'aide de soutien aux résidents	
Le FOYER A la capacité de soutenir le personnel externe par un encadrement sur place, ainsi que par des politiques et des procédures	
Veuillez indiquer le nom du responsable sur place qui assurera le soutien à l'intégration et à l'orientation, et qui suivra la formation Michener requise	<i>Nom (s)</i>
Veuillez inclure tout autre commentaire pertinent :	

SECTION B : Attestation du foyer de soins de longue durée

L'attestation sera utilisée pour fournir à l'agence partenaire un aperçu des politiques et des procédures en place pour le personnel d'ASR avant qu'il ne commence à travailler au foyer.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Le personnel de la RORHSA (ASR) :

1. Travaillera dans un environnement avec les protocoles en matière de prévention et de contrôle des infections en place.

VÉRIFICATION DES PROCÉDURES (Veuillez confirmer que les éléments suivants sont en place) :

- Évaluation de la liste de contrôle de SPO et de la prévention et du contrôle des infections effectuée et jointe en DATE du : _____
- Politiques et procédures en place pour les maladies transmissibles et la prévention et le contrôle des infections
- L'EPI suffisant est disponible pour l'ASR

LEADERSHIP ET SURVEILLANCE

Le personnel de la RORHSA (ASR) :

1. Aura accès sur place à un superviseur, à un gestionnaire ou à un responsable dans le foyer.
2. Maintiendra une relation de travail officielle avec l'agence partenaire en tant qu'employeur principal et bénéficiera d'une surveillance sur place du foyer.
3. Sera jumelé avec un membre du personnel du foyer pour recevoir un soutien par les pairs.
4. Recevra une orientation propre au foyer de la part d'un coordinateur de l'éducation (ou un rôle semblable) avant de commencer à travailler, afin d'être orienté vers les résidents, ainsi que les politiques et les procédures pertinentes.
5. Se fera indiquer l'emplacement des équipements d'urgence, des sorties de secours, des toilettes, des salles de repos.
6. Sera soutenu pour faire part de ses questions et préoccupations à un responsable sur place;
7. Aura accès à un processus de signalement des incidents pour signaler les incidents et à un mécanisme pour signaler les incidents à l'agence partenaire.
8. Sera orienté vers les systèmes électroniques (le cas échéant).

VÉRIFICATION DES PROCÉDURES ((Veuillez confirmer les politiques ou les procédures suivantes) :

- Leadership assuré sur place
- Nouvelle orientation du personnel
- Système de signalement des incidents

Orientation générale en matière de santé et de sécurité

Le personnel de la RORHSA (ASR) :

1. Sera informé des règles et responsabilités générales en matière de santé et de sécurité.

VÉRIFICATION DES PROCÉDURES ((Veuillez confirmer les politiques ou les procédures suivantes) :

- Politique en matière de santé et de sécurité

VIOLENCE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Le personnel de la RORHSA (ASR) :

1. Sera mis au courant du plan de soins pour tout résident dont on sait qu'il est agressif ou qu'il a des comportements réactifs.
2. Sera en mesure de demander de l'aide au besoin si un résident affiche des comportements agressifs ou réactifs.
3. Sera informé des procédures en cas de violence au travail impliquant d'autres personnes (personnel, visiteurs, intrus).

VÉRIFICATION DES PROCÉDURES ((Veuillez confirmer les politiques ou les procédures suivantes) :

- Violence et prévention sur le lieu de travail
- Soutien aux résidents ayant des comportements réactifs
- Évaluation des risques de violence sur le lieu de travail
- Travailler seul ou en isolement
- Harcèlement sur le lieu de travail
- Codes/procédures d'urgence relatifs à la violence sur le lieu de travail (par exemple, le code blanc)

AUTRES DANGERS OU COMMENTAIRES

Y a-t-il d'autres dangers potentiels dont le personnel doit être informé? Veuillez fournir des détails sur les procédures et les contrôles mis en place pour leur protection.

J'atteste de ce qui précède : Nom et date du délégué du foyer (peut être une signature électronique)

SECTION C : Approbation régionale de Santé Ontario

À remplir par Santé Ontario

Approbation de Santé Ontario	
Nom de la personne qui envoie la demande à l'agence partenaire	
Poste	
Courriel	
Numéro de téléphone	
J'ai examiné le document de demande d'ASR au foyer en période de COVID-19 (sections A et B) avec le foyer)	
Nom de l'agence partenaire	
Date d'envoi à l'agence partenaire	