Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Medical Certificate Form 3
Certificat médical Formule 3

Homemakers and Nurses Services Act
Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses

To be completed by the attending physician where application is being made for the services of a registered nurse in the home of a person who is elderly, handicapped, ill or convalescent.

À remplir par le médecin traitant si la demande vise les services d'une infirmière visiteuse autorisée chez une personne âgée, handicapée, malade ou convalescente.

1. Name of applicant -last name, first name *(please print)* / Nom de l'auteur de la demande - nom, prénom *(en caractères d'imprimerie)*

Address *(number, street name, city/town, Province, Postal code)* / Adresse *(numéro, nom de rue, ville, province, code postal)*

2. The applicant requires the services of a registered nurse on a visitation basis in his/her home in order to *(check):*
Les services d'une infirmière visiteuse autorisée chez l'auteur de la demande sont nécessaires pour lui permettre *(cochez) :*

☐ enable him/her to remain at home
de rester chez lui

☐ make possible his/her return home from the hospital or other institution named below
de rentrer chez lui après un séjour à l'hôpital ou dans l'établissement suivant :

Name of hospital or institution / Nom de l'hôpital ou de l'établissement

Address *(number, street name, city/town, Province, Postal code)* / Adresse *(numéro, nom de rue, ville, province, code postal)*

3. a) Nursing procedures to be administered *(check)* / Nature des soins infirmiers à administrer *(cochez) :*

☐ bed bath
toilette au lit

☐ catheterization
cathétérisme

☐ dressings
pansements

☐ enemas
lavements

☐ hypodermic injection
injections hypodermiques

☐ intravenous infusion
infusion intraveineuse

☐ irrigation
irrigation

☐ other (specify)
autre (précisez)

b) Visits recommended / Visites recommandées :

☐ daily
tous le jours

☐ weekly, no of ____
____fois par semaines

☐ monthly, no of ____
____fois par mois

c) For a period of / Pour une période de

☐ days ____
____jours

☐ weeks ____
____semaines

☐ months ____
____mois

4. Physician's name -last name, first name *(print)* / Nom du médecin - nom, prénom *(en caractères d'imprimerie)*

Address *(number, street name, city/town, Province, Postal code)* / Adresse *(numéro, nom de rue, ville, province, code postal)*

Date *(yyyy/mm/dd)* / Date *(aaaa/mm/jj)*

Physician's signature / Signature du médecin

Queen's Printer for Ontario, 2007 / ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2007