



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

RÈGLEMENT

Règlement no : 11

Direction responsable : Direction des services professionnels

Adopté par le conseil d'administration le : 10 février 2009
Résolution no : CA-10-02-[23]-09

Entrée en vigueur le : 10 février 2009
Ce règlement annule le Règlement no 11 adopté le 12 juin 1986 et annule tous les autres amendements.

Champ d'application : Coordonnateur médical de l'urgence, infirmière pivot à l'urgence et à la gestion des lits, personnel du Service de l'accueil – secteur admission, personnel des unités de soins et services, coordonnatrices des soins infirmiers, chefs de départements cliniques, chefs de services médicaux et médecins détenant des privilèges d'admission

TITRE : Règlement relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers

I. FONDEMENTS

L'objet de ce document réfère au Règlement no 5 sur l'organisation et l'administration des établissements découlant de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre III, section I, article 6) au sujet des règlements devant être adoptés par le conseil d'administration pour l'exercice des responsabilités d'un établissement.

Le présent règlement vise la détermination des critères d'admission, de congé temporaire, de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers en courte et longue durée à soumettre à l'approbation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en vertu de l'article 24 (du même Règlement no 5) portant sur l'accès aux services dispensés par les centres hospitaliers et les centres d'accueil. Ces critères d'admission et politiques de transfert doivent être soumis pour approbation à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, conformément à l'article 619.31 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

N.B. : Afin d'alléger le texte, les personnes désignées dans le présent règlement incluent aussi leurs représentants.

CONSULTATIONS

- Conseil des infirmières et infirmiers : décembre 2008
- Conseil multidisciplinaire : décembre 2008
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : décembre 2008
- Cadres :

- Autres :
 - groupe action support pour l'urgence et la gestion des lits : octobre 2008
 - comité de coordination des activités du Service de l'urgence et de la gestion des lits : décembre 2008
 - comité de prévention des infections : janvier 2009

II. VALEURS ET PRINCIPES SOUS-JACENTS

Droits aux services

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social avec continuité et de façon personnalisée compte tenu de l'organisation des ressources de l'hôpital.

De plus, « l'établissement doit notamment :

- dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services;
- veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
- diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services ».

Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., C, S-4.2). article D1

Discrimination interdite

Les services de santé et les services sociaux doivent être accordés sans distinction ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, la langue, l'ascendance nationale, l'origine sociale, les mœurs ou les convictions politiques de la personne qui les demande ou des membres de sa famille.

Urgence

Un centre hospitalier de courte durée en soins généraux et spécialisés, doit s'assurer qu'une personne qui nécessite des soins d'urgence, les reçoive.

Admission

Une personne est admise à l'hôpital lorsque son état nécessite une hospitalisation, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'hôpital.

Congé

Le congé d'un usager doit être autorisé et signé par le médecin traitant avant le départ ou contresigné dans les 24 heures suivant le départ.

Utilisation des lits

Aucun lit ne peut être réservé à un médecin ou à un dentiste particulier pour des usagers traités par lui. En cas de nécessité, le directeur des services professionnels peut désigner un département ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager. Toute répartition de lits par spécialité ou département ne pourra en aucun cas avoir préséance sur les privilèges de ce présent règlement.

III. OBJECTIFS

Les mesures prévues au présent règlement ont pour objectifs :

- a) de permettre à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) de dispenser des services hospitaliers surspécialisés en pneumologie, en cardiologie et en chirurgie bariatrique, ainsi que des services hospitaliers généraux et spécialisés en harmonie avec les besoins de la population desservie compte tenu des ressources disponibles et de la mission de l'établissement;
- b) d'assurer l'accessibilité des soins aux usagers en tout temps au Service de l'urgence;
- c) de confier la responsabilité de la gestion des lits au directeur des services professionnels en collaboration avec le coordonnateur médical de l'urgence et les chefs de départements cliniques et ce, afin que les ressources hospitalières soient utilisées de façon efficiente;
- d) de gérer toute demande d'admission en provenance de l'urgence de façon prioritaire;
- e) de considérer la mission d'enseignement dans la gestion et l'utilisation des lits;
- f) d'assurer la sécurité des usagers relativement au respect des normes de prévention et contrôle des infections.

IV CHAMP D'APPLICATION

Ce règlement s'adresse au coordonnateur médical de l'urgence, à l'infirmière pivot à l'urgence et à la gestion des lits, au personnel du Service de l'accueil – secteur admission, au personnel des unités de soins et services, aux coordonnatrices des soins infirmiers, aux chefs de départements cliniques, aux chefs de services médicaux et aux médecins qui ont des privilèges d'admission dans l'établissement.

V. MODALITÉS

SECTION : URGENCE

1. Civières à l'urgence

L'hôpital s'engage à réserver **14 civières actives** au Service de l'urgence.

2. *Durée du séjour*

L'hôpital doit en toute circonstance tenter de limiter la durée de séjour d'un usager au Service de l'urgence en conformité avec les cibles ministérielles et régionales¹. En conséquence, aucune admission élective ou semi-urgente ne peut être effectuée dans les lits réservés à une spécialité si un usager de cette spécialité est en attente à l'urgence

Lorsque la durée de séjour maximale est atteinte (selon la cible ministérielle) et que l'utilisateur est en attente d'un lit, le directeur des services professionnels peut ordonner l'admission dans le premier lit disponible.

3. *Responsabilité médicale à l'urgence*

Pendant son séjour à l'urgence, l'utilisateur est sous la responsabilité de l'urgentologue. Advenant le cas où le consultant prescrit des traitements, examens ou une médication particulière, ou que l'utilisateur est admis mais demeure à l'urgence en attente d'un lit, la responsabilité est partagée. L'utilisateur admis de l'urgence devient sous la responsabilité exclusive du médecin assigné à l'unité qui doit le recevoir lorsqu'il quitte l'urgence.

4. *Tournée médicale à l'urgence*

Afin d'assurer une coordination accrue des activités d'admission, de départ et de transfert des usagers à l'urgence, les consultants procèdent à la tournée médicale de l'urgence au plus tard à **9 heures, 7 jours/7**.

5. *Délai à la prise de décision*

L'urgentologue devra décider de l'orientation de l'utilisateur, c'est-à-dire, congé médical ou évaluation par un consultant, à l'intérieur d'un délai de 8 heures suivant l'inscription de l'utilisateur à l'urgence. Le **médecin consultant** doit indiquer la décision qu'il prend à savoir l'octroi du congé médical ou une hospitalisation. Cette décision doit être prise **dans un délai de 4 heures** suivant la demande de consultation. Advenant un dépassement **important** de ce délai, le cas est référé au directeur des

¹ Les cibles du Service de l'urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) font partie de l'entente de gestion établies annuellement avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

services professionnels qui a l'autorité de faire admettre l'utilisateur dans le département ou le service qu'il juge le plus adéquat dans les circonstances. Le médecin assigné à l'unité où l'utilisateur est admis est alors informé **par le directeur des services professionnels**. Lorsque la décision d'hospitalisation est prise, l'assignation du lit ne doit pas dépasser une heure et lorsque le lit est attribué et disponible, l'utilisateur doit quitter l'urgence dans un délai maximal d'une heure.

6. Chirurgie d'un jour

L'utilisateur ayant subi une intervention en chirurgie d'un jour et nécessitant une période d'observation au-delà de l'heure de fermeture de la salle de réveil et de l'unité de chirurgie d'un jour du bloc opératoire, ne peut pas être dirigé à l'urgence. Il peut être dirigé au Centre de soins de jour pour terminer une période d'observation avant son congé, sinon il doit être admis dans un lit réservé de la spécialité concernée ou, le cas échéant, dans un lit vacant d'une autre spécialité.

7. Médecine de jour

L'utilisateur inscrit en médecine de jour (ex. : Centre de soins de jour, Clinique spécialisée de pneumologie, Clinique spécialisée d'oncologie) et nécessitant une période d'observation au-delà de l'heure de fermeture de ce service peut être dirigé à l'urgence pour compléter le traitement prescrit.

SECTION : ADMISSION

8. Demande d'admission

Conformément à l'article 26 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, une personne est admise à l'hôpital suite à une demande d'admission écrite accompagnée d'un diagnostic provisoire et faite par un médecin ou un dentiste ayant des privilèges d'admission à l'hôpital. La demande d'admission doit également préciser la priorité d'admission. Par ailleurs, la priorité d'admission peut être modifiée à la demande du médecin traitant à l'apparition d'éléments nouveaux au tableau clinique. Le Service de l'accueil – secteur admission en avise alors le coordonnateur médical de l'urgence.

9. Priorités d'admission

Pour les fins du présent règlement, les priorités d'admission des usagers sont définies comme suit :

- a) **urgente** : l'admission est urgente lorsque l'utilisateur est porteur d'une pathologie évoluant de telle sorte qu'il requiert une hospitalisation immédiate en vue d'établir un diagnostic ou d'amorcer un traitement et que tout délai à l'admission au-delà de 24 heures risque de causer à ce dernier un préjudice grave;

- b) **semi-urgente** : l'admission est semi-urgente lorsque l'utilisateur est porteur d'une pathologie qui peut conduire à une détérioration rapide de son état de santé, ce qui nécessite alors une hospitalisation en vue d'établir un diagnostic ou d'amorcer un traitement. Le médecin indique sur le formulaire d'admission, la durée d'attente maximale ne comportant pas de risque de préjudice grave pour l'utilisateur; ce délai d'attente sera généralement d'un maximum de 7 jours;
- c) **élective** : l'admission est élective lorsque l'état clinique de l'utilisateur requiert une hospitalisation en vue d'établir un diagnostic ou d'amorcer un traitement curatif, correctif ou préventif sans qu'un délai de quelques jours ou quelques semaines n'entraîne un préjudice grave.

Pour cette clientèle, l'établissement est tenu, selon le projet de Loi 33², de tenir compte de la date d'inscription de l'utilisateur au mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés ainsi que du délai jugé acceptable par le médecin selon l'état clinique de l'utilisateur ou selon les délais prescrits par le ministre.

10. Application des priorités d'admission

Le chef de département clinique, en collaboration avec le directeur des services professionnels, détermine les priorités et sélectionne quotidiennement les usagers à être admis dans la spécialité concernée en tenant compte :

- a) des dispositions du présent règlement;
- b) de la répartition des lits par spécialité;
- c) des lits réservés à la réalisation des programmes d'activités surspécialisées en chirurgie cardiaque, en chirurgie thoracique, en chirurgie bariatrique, en électrophysiologie cardiaque, en hémodynamie et en polysomnographie;
- d) des congés signés et des lits disponibles;
- e) des priorités émises par les médecins traitants pour les usagers à admettre;
- f) du nombre de cas en attente d'hospitalisation à l'urgence dans la spécialité;
- g) des normes de pratique et des situations infectieuses particulières au regard de la prévention et contrôle des infections.

11. Gestion des admissions

- a) les admissions sont gérées par le Service de l'accueil – secteur admission en collaboration avec l'infirmière pivot à l'urgence et à la gestion des lits, le coordonnateur médical de l'urgence, le chef de département clinique et le directeur des services professionnels en tenant compte des ressources disponibles. Dans les cas où il y a des problématiques

² Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives 2006

infectieuses, l'infirmière en prévention et contrôle des infections est associée au processus d'admission;

- b) le Service de l'accueil – secteur admission doit tenter, dans la mesure du possible, d'aviser à **l'intérieur de 24 heures** avant le moment prévu de l'admission les personnes pour lesquelles une demande d'admission semi-urgente ou élective a été faite;
- c) le Service de l'accueil – secteur admission avertit les usagers devant être admis sur une base élective ou semi-urgente qu'ils sont attendus à l'hôpital jusqu'à **13 heures**. Toute unité de soins qui reçoit un usager en informe immédiatement le médecin qui a signé la demande d'admission.

12. Formalités d'admission

Outre la demande d'admission, les résultats des examens ayant servi à établir le diagnostic provisoire doivent accompagner le dossier d'admission, qu'ils aient été effectués en service externe ou en service d'urgence dans un établissement ou dans un cabinet privé.

De plus, le médecin qui requiert l'admission d'une personne est tenu de donner tous les renseignements pertinents relatifs à l'état de santé de cette personne, de même que sur les effets que cet état de santé peut avoir sur les autres usagers ou le personnel de l'hôpital. Un usager ne peut être admis dans l'établissement pour le seul motif que l'éloignement du lieu de résidence est source d'inconvénient pour l'usager alors que l'état clinique permet la consultation en externe.

13. Attribution de lits

L'attribution d'un lit à un usager par le Service de l'accueil – secteur admission est effectuée conformément aux dispositions du présent règlement. Les admissions urgentes et semi-urgentes se font autant que possible dans les lits de la spécialité concernée. L'attribution d'un lit en chambre individuelle ou partagée doit respecter les normes reliées à la prévention et contrôle des infections.

14. Délai d'admission

Sur une unité de soins, le lit laissé vacant par le départ d'un usager doit pouvoir recevoir un usager en attente d'hospitalisation urgente dans un délai maximal d'une heure.

15. Admission urgente

Nonobstant ce qui précède, dès que l'admission en urgence d'un usager est jugée nécessaire par un médecin détenteur de privilèges d'admission et/ou un résident, le médecin de service ou le médecin traitant initie les traitements appropriés et demande l'admission.

16. Transfert d'un usager admis hors spécialité

Le Service de l'accueil – secteur admission priorise le transfert d'un usager admis hors secteur vers sa spécialité avant d'effectuer toute autre admission élective dans cette spécialité et ce, dans le respect des recommandations du comité de prévention des infections.

17. Unité d'enseignement

a) Dispositions générales

Nonobstant les dispositions de l'article 17.0 du présent règlement, lorsqu'un lit d'unité d'enseignement se libère, le résident attribué à la gestion des lits de cette unité de soins est impliqué dans la « priorisation » de l'usager à admettre. Lorsque le résident et/ou le médecin responsable de l'unité d'enseignement ne s'acquitte pas de ses responsabilités, le médecin coordonnateur de l'urgence attribue le lit de l'unité d'enseignement à l'usager de son choix.

b) Dispositions spécifiques

En considérant les dispositions de l'article 16, le matin, le médecin responsable de l'unité d'enseignement identifie sur la liste des usagers hors secteur, conservée à l'admission, l'ordre de priorité selon lequel les usagers hors secteur peuvent être admis dans les lits de l'unité d'enseignement.

Dans le cas où il n'y a pas d'usager inscrit à l'urgence depuis 12 heures ou plus et que les usagers admis hors secteur ne rencontrent pas les objectifs de l'unité d'enseignement mais que le choix du résident responsable de l'unité d'enseignement se porte sur un usager inscrit à l'urgence depuis moins de 12 heures, le résident doit convenir de la priorité d'admission avec le médecin coordonnateur de l'urgence.

c) Admissions répondant à des besoins didactiques spécifiques

Dans chacune des unités d'enseignement, en tout temps, le résident responsable peut s'assurer de la présence de **trois** usagers dont la condition répond à des besoins didactiques spécifiques. Au moment de procéder à l'admission de ces trois usagers, le résident peut porter son choix sur l'ensemble de la clientèle (hors secteur, usagers à l'urgence, transferts en attente, électifs, etc.). L'usager admis suivant ces conditions est identifié pour l'enseignement au Service de l'accueil – secteur admission et demeure identifié pour la durée complète de son séjour, à moins qu'il ne fasse l'objet d'une déclaration en soins prolongés.

18. Lits de débordement

Lors de situation d'engorgement majeur de l'urgence, des lits de débordement peuvent être ouverts et utilisés en vue d'admettre des usagers de l'urgence en attente d'un lit dans une unité de soins régulière. La politique de gestion de l'achalandage de l'urgence précise les circonstances où peuvent être ouverts les lits de débordement ainsi que les responsabilités des acteurs concernés (se référer à l'annexe 1 du présent règlement).

SECTION : TRANSFERT ENTRE ÉTABLISSEMENTS

19. Principes

Tout transfert doit se faire dans le respect de la personne et en se conformant aux règles suivantes :

- a) si son état le permet, l'utilisateur ou, à défaut, son conjoint ou un proche parent ou une personne démontrant un intérêt particulier pour l'utilisateur, doit être informé;
- b) tout transfert doit tenir compte autant de la qualité de vie de l'utilisateur que des dimensions efficacité et gestion adéquate des ressources;
- c) la continuité des services doit être assurée en tout temps.

20. Justification du transfert

Tout transfert doit être autorisé au préalable par le médecin traitant. Il devrait se faire dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- a) l'organisation et les ressources de l'hôpital ne permettent pas de répondre adéquatement aux besoins de l'utilisateur;
- b) une ressource plus appropriée peut répondre au niveau des besoins clairement identifiés de l'utilisateur;
- c) la qualité de vie de l'utilisateur sera améliorée par le transfert;
- d) l'utilisateur est déjà connu dans un autre centre hospitalier et il est à l'urgence de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval);
- e) l'utilisateur a reçu les soins requis par son état et ne requiert plus de soins en lien avec la mission de l'établissement.

21. Continuité des services

Afin d'éviter toute interruption dans la prestation des services, il est nécessaire que :

- a) le médecin traitant s'assure de l'acceptation de la prise en charge par le médecin de l'établissement receveur;
- b) l'assistante infirmière-chef informe l'établissement receveur de la date et de l'heure de l'arrivée, du nom du médecin acceptant le transfert et transmet toute l'information pertinente de l'état de l'utilisateur et les traitements en cours pour une prise en charge de qualité.

22. Transfert vers l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) pour les cas urgents

Le médecin qui reçoit d'un médecin d'un autre établissement une demande à l'effet de transférer, de façon urgente, à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval), un usager admis ou inscrit (notamment à l'urgence) de cet autre établissement, doit :

- a) s'assurer que les soins requis correspondent à la mission de l'hôpital (sinon, il dirige alors l'appel du médecin vers l'établissement approprié);
- b) s'assurer auprès du Service de l'accueil – secteur admission de la disponibilité d'un lit;
- c) vérifier le niveau d'achalandage au Service de l'urgence auprès du coordonnateur médical de l'urgence ou de la coordonnatrice d'activités en soins infirmiers le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés;
- d) informer les professionnels concernés de l'acceptation du transfert;
- e) déposer une demande d'admission au Service de l'accueil – secteur admission.

Advenant qu'aucun lit ne soit disponible, l'utilisateur devra être traité à l'urgence, par le médecin **de la spécialité concernée** (ou son équipe) qui a accepté le transfert, dès son arrivée et ce, jusqu'à ce qu'un lit soit identifié en priorité.

23. Transfert vers l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) pour les cas semi-urgents ou électifs

Le médecin qui reçoit d'un médecin d'un autre établissement une demande à l'effet de transférer à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) un usager admis ou inscrit de cet autre établissement, doit :

- a) déposer une demande d'admission au Service de l'accueil – secteur admission : celui-ci doit s'assurer que l'utilisateur est admis dans un délai maximal de 7 jours ouvrables suivant le dépôt de la demande.

Pour tous les cas, le médecin doit bien indiquer au médecin référant que l'utilisateur sera retourné au centre hospitalier d'origine dès que les soins tertiaires requis par son état ne seront plus nécessaires.

24. Transport

Le transport d'un usager vers un autre établissement du réseau se fait de la façon la plus sécuritaire compte tenu de son état de santé et des frais inhérents au transport, et en application des directives et règlements pertinents du Ministère de la Santé et des Services sociaux, de même que la politique de la Direction des ressources financières (DRF-1006 Déplacement des usagers) et la procédure de la Direction des soins infirmiers (PR-DSI-017 Procédure relative aux critères cliniques pour le choix du mode de déplacement des usagers) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval), relativement au déplacement des usagers.

SECTION : CONGÉ DES USAGERS

25. Congé

a) Congé temporaire

Un usager peut, pour des motifs valables, obtenir un congé médical temporaire. L'autorisation d'un congé temporaire est donnée par le médecin traitant et doit faire l'objet d'une note justificative portée au dossier de l'usager. La durée du congé temporaire ne doit pas excéder 48 heures (se référer au règlement no 20 : Règlement concernant la procédure d'attribution des congés temporaires aux usagers admis).

b) Congé définitif

Un usager doit quitter l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) **dès que son congé est autorisé et signé par un médecin ayant des privilèges dans l'établissement.** Dans le cas où l'autorisation a été accordée verbalement, le médecin traitant doit signer cette autorisation dans les 24 heures suivant le départ.

Cependant, conformément au 1^{er} paragraphe de l'article 14 de la loi, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé, que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

Enfin, conformément au paragraphe b de l'article 360.1 du règlement d'application de la loi, l'adulte qui a reçu son congé conformément à l'article 4 de la loi, dont l'état permet son retour à domicile ou pour lequel une place est assurée dans un autre établissement mais qui refuse de quitter l'établissement qui l'héberge, doit payer dès la première journée le prix de journée publié par le Ministre et déterminé à partir des prévisions de dépenses et de revenus, en tenant compte des jours-présence pour la période concernée.

26. Tournée médicale dans les unités de soins

Afin d'assurer une coordination accrue des activités d'admission, de départ et de transfert des usagers dans les unités de soins, le médecin traitant procède à la tournée médicale de son unité de soins au plus tard à **9 heures, 7 jours/7** et doit, à moins d'urgence médicale, procéder à l'étude des dossiers dans l'ordre suivant :

- a) les usagers dont l'état est instable;
- b) les départs en priorité;
- c) les autres cas par la suite.

27. Avis de congé

Autant que possible, tout médecin devrait prévoir le départ d'un usager sous sa responsabilité **24 heures à l'avance** et en aviser **l'usager ainsi que** l'unité de soins concernée.

28. Départ annoncé

Dès qu'un départ est annoncé, l'assistante infirmière-chef ou la personne qu'elle désigne doit en informer immédiatement le Service de l'accueil – secteur admission.

29. Heure du congé

Le médecin traitant doit libérer l'usager **avant 11 heures**, sinon aussitôt que cela lui est possible dans la journée.

30. Départ retardé

L'infirmière-chef informe le directeur des services professionnels et le chef du département lorsque le départ prévu d'un usager est retardé indûment en raison de l'attente :

- a) du résultat d'un examen;
- b) d'une prescription médicale au départ;
- c) de la visite du médecin;
- d) de la signature du congé au dossier.

SECTION : SOINS DE LONGUE DURÉE – ADMISSION ET TRANSFERT

31. Déclaration de soins de longue durée

Comme l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) est un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, tout usager ne nécessitant plus de soins actifs et qui ne peut quitter l'hôpital en raison d'une perte d'autonomie reliée à un problème chronique qui l'empêche de retourner à son domicile doit faire, préalablement à la déclaration de soins de longue durée, l'objet d'une évaluation interdisciplinaire.

Suite à la décision confirmant la nécessité d'une relocalisation, le formulaire d'évaluation CTMSP (se référer à l'annexe 2) doit être complété par le médecin traitant dans les 3 jours ouvrables.

32. Responsabilité médicale

Tout usager déclaré en soins prolongés dans une unité de courte durée demeure sous la responsabilité du médecin traitant jusqu'au moment où cet usager quitte l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval).

Toutefois, le médecin traitant peut transférer son usager à un autre médecin après entente avec ce dernier. Cette entente doit être consignée au dossier de l'usager.

SECTION : DISPOSITIONS FINALES

VI RESPONSABILITÉ

Le directeur des services professionnels est responsable de l'application du présent règlement.

Le chef de département clinique a la responsabilité de s'assurer que les membres de son département respectent les dispositions du présent règlement et doit prendre tous les moyens pour diminuer les durées de séjour hospitaliers.

VII ABROGATION

Le présent règlement abroge le Règlement 11 adopté le 1^{er} décembre 2005.

ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent règlement remplace le règlement relatif à la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers adopté le 12 juin 1986 modifié le 31 mars 1988, le 28 janvier 1993, le 6 mai 1999, le 11 mai 2000 et le 1^{er} décembre 2005 et entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXES

Annexe 1 : Politique sur la gestion de l'achalandage de l'urgence

Annexe 2 : CTMSP médical

Direction des soins infirmiers
2008-07-15 Rév. 2009-02-27/H:\Nouvelle DSI\Administration\DASI\Règlements du CA\Règlement # 11 version finale.doc