Required for Relief Care Application:

1. Application for Admission Relief Care Program (Social Development form)

2. Agreement of Admission to Relief Care (Wauklehegan Manor form)

3. Physical Exam and History Form (filled out by family physician/NP) (required before admission)

4. Physician Orders (meds) (faxed from family physician/NP's office to McAdam Pharmacy, fax: 506-784-3480)

APPLICATION FOR ADMISSION
RELIEF CARE PROGRAM
SOCIAL DEVELOPMENT

New Brunswick

35-3292 (11/14)

DEMANDE D'ADMISSION
PROGRAMME DE SERVICES DE RELÈVE
DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Name / Nom	Date of Birth / Date de naissance DJ / MM / YR
Present Address (where you are presently living) / Adresse actuelle (où vous demeure présentement)	Telephone / Téléphone
Permanent Address (where you usually live) / Adresse permanente (où vous demeurez habituellement)	Telephone / Téléphone
Sex / Sexe: ☐ Male Masculin ☐ Female Féminin Marital Status / Statut: ☐ Single Célibataire ☐ Married Marié ☐ Widowed Veuve ☐ Divorced Divorcé ☐ Separated Séparé	Blue Cross No. / N° de la croix bleue
Medicare No. / N° d'assurance-maladie	Social Insurance No. / N° d'assurance sociale N.B. Prescription Drug number (if applicable) N° de la carte du plan de médicaments sur ordonnance du N.-B. (s'il y a lieu)
Name of Family Physician / Nom du médecin de famille	Telephone / Téléphone

THE NAME OF THE PERSON WHO WILL ASSUME RESPONSIBILITY IN ALL MATTERS CONCERNING THE CLIENT

NOM DE LA PERSONNE QUI ASSUMERA LA RESPONSABILITÉ DANS TOUTES LES AFFAIRES RELATIVES AU CLIENT

Name / Nom _____ Relationship / Lien de parenté _____

Address / Adresse _____ Telephone / Téléphone _____

OTHER PERSONS TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY

AUTRES PERSONNES À AVISER EN CAS D'URGENCE

Name / Nom _____ Relationship / Lien de parenté _____

Address / Adresse _____ Telephone / Téléphone _____

Reason for request / Motifs de la demande _____

Have you used the Program before? / Avez-vous déjà participé au programme? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

How many times? / À combien d'occasions? _____

Where used? / Endroits? _____

When used? / Quand? _____

Date _____ 20 _____ Signature _____

AGREEMENT OF ADMISSION
TO
RELIEF CARE

_____(hereinafter called the Agency) and _____
(name of agency) (name)

(hereinafter called Responsible Party) hereby agree to the following terms for the care of _____ (hereinafter called the Client)

RESPONSIBILITIES OF AGENCY

1. The Agency shall admit _____ to the Relief Care Program for the period _____ to _____.

2. The Agency agrees to provide room and board including assistance with personal care, activities of daily living and housekeeping.

3. In the event of a change in the health of the Client, the Agency shall advise a designated physician _____. (name of Physician)

4. The Agency shall, when indicated, admit the Client to acute care and ensure that the necessary services are provided.

5. The Agency will obtain authorization from the Responsible Party prior to initiating cost related treatment for the client.

6. Where the Agency determines that there is a likelihood that the Client shall endanger himself or others, appropriate steps may be taken for the immediate discharge of the Client.

RESPONSIBLE PARTY

7. Prior to admission the Responsible Party shall pay the Agency the sum of $_____ for each day that the Client is to reside at the agency.

8. In the event that the Client is discharged prior to the termination date shown above, the Agency will reimburse the Responsible Party, any unused funds.

9. Prior to discharge supplementary expenses incurred by the Client in the Relief Care Program will be paid to the Agency by the Responsible Party.

10. At the termination of the period agreed to in Item 1. above, the Responsible Party or their designate shall accept responsibility for the care and supervision of the client and the Client shall be discharged from the Agency.

11. In the event of an emergency (if the Responsible Party is unavailable) the agency is authorized to notify _____-.

Dated at _____ this _____ day of _____, 20___

_____ _____
(Witness) (Agency)

_____ _____
(Witness) (Agency)

_____ _____
(Witness) (Agency)

PHYSICAL EXAMINATION AND HISTORY FORM
Nursing Home Regulation 9(1)(a)(b) and 9(2)
Department of Family and Community Services

New Nouveau Brunswick

FORMULAIRE D'EXAMEN ET ANTECEDENTS MEDICAUX
Règlements 9(1)(a)(b) et 9(2) Loi Foyer de Soins
Ministère des Services familiaux et communautaires

Client/Applicant's Name
Nom du client/requérant _____

Date of Birth
Date de naissance

Y/A	M/M	D/J

Address/Adresse: _____

Medicare number/Numéro d'assurance-maladie: | | | |

Expiry Date/Date d'expiration :

Y/A	M/M

Marital Status / État matrimonial: ☐ S C ☐ M M ☐ W V ☐ D D ☐ C

Gender / Sexe : ☐ M M ☐ F F

Family Physician/Médecin de famille _____ Telephone/Téléphone _____

PHYSICAL EXAMINATION FINDINGS/ RÉSULTATS DE L'EXAMEN MÉDICAL :	PRIMARY/SECONDARY DIAGNOSES/DIAGNOSTICS SECONDAIRES : Diagnosis (es) and date(s) of onset / Troubles diagnostiqués et date d'apparition

Prognosis/Pronostic	Prognosis discussed with client/ Pronostic discuté avec le client	Prognosis discussed with family/ Pronostic discuté avec la famille
☐ improve/mieux ☐ deteriorate/détériore	by whom / par qui	by whom / par qui
☐ remain stable/stable ☐ unknown/inconnu	☐ yes/oui	☐ yes/oui
	☐ no/non ☐ not known/inconnu	☐ no/non ☐ not known/inconnu

HISTORY/ANTÉCÉDENTS :
Brief description (include medical, surgical, family, social, psychiatric: attach medical report or consultation if available)/
Brève description des antécédents (médicaux, chirurgicaux, sociaux et psychiatriques : annexer le rapport médical ou la consultation, si possible)

Psychosocial status (include any behavioural, social, emotional concerns) If complicated psychosocial problems exist, has a referral to a geriatrician been made? Yes ☐ No ☐
État psychosocial (inquiétudes sur le plan comportemental, social et émotionnel) S'il existe des problèmes psychologiques complexes, la personne a-t-elle été dirigée vers un gériatre? Oui ☐ Non ☐

see reverse/ve

Please check appropriate box where applicable/ Veuillez cocher la boîte appropriée où applicable :
Drug Sensitivities/Reactions / Vulnérabilité aux médicaments/réactions: ☐ Specify/spécifiez : _____
Addiction/Dépendance : ☐ Specify/spécifiez : _____
Allergies/Allergies : ☐ Specify/spécifiez : _____

MEDICATION: *(including non-prescription)/* MÉDICAMENTS : *(y compris les médicaments en vente libre)*	Dosage/ Dose	Frequency/ Fréquence	MEDICATION: *(including non-prescription)/* MÉDICAMENTS : *(y compris les médicaments en vente libre)*	Dosage/ Dose	Frequency/ Fréquence

OTHER SPECIFIC INFORMATION/ AUTRES RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Date(s) of Last Pneumococcal Vaccine / Date(s) du dernier vaccin antipneumococcique : Number of vaccinations received/Nombre de vaccins reçus:

Date of Last Influenza Vaccine / Date du dernier vaccin antigrippal :

Other Special Needs and/or Treatment / Autres besoins ou traitements spéciaux : (e.g. oxygen, tube feeding, therapeutic diet)

	TESTS /ANALYSES :	Date	Result/Résultat			Date	Result/Résultat
1	2 step Mantoux / Dernier test de Mantoux en 2 étapes :			6	Electrolytes/électrolytes		
2	Chest X-ray / Dernière radiographie pulmonaire :			7	B.U.N. / Azote uréique du sang		
3	AROs Screening / Dépistage de micro-organismes résistants aux antibiotiques :			8	Serum Albumin / Albumine		
4	C.B.C. / Dernière formule sanguine			9	Urinalysis/ Analyse des urines		
5	B.S. / Glycémie			10	Other / Autre : (e.g.TSH/B12, creatinine, lipid profile)		

Notifiable Diseases :
Based on the patient's past medical history and on the findings of the physical examination and appropriate auxiliary tests, is there evidence suggestive of any notifiable disease which could be a risk to any other persons in close proximity to this client?
☐ Yes ☐ No

Maladies à déclaration obligatoire :
D'après les antécédents médicaux du client et les résultats de l'examen médical et des tests auxiliaires pertinents, est qu'il y a preuve évidente de trace de maladie transmissible ou active pouvant constituer un danger à d'autres personnes vivant à proximité du sujet ?
☐ Oui ☐ Non

Has the client been referred to other health care providers (e.g. rehabilitation specialists, dietician, social worker) If so describe outcome. Est-ce que le client a été référé à d'autres fournisseurs de soins de santé (spécialistes en réadaptation, diététiste, travailleurs sociaux? Dans l'affirmative, quel a été le résultat?

Date _____

_____
Examining Physician or Nurse Practitioner/ Médecin examinateur ou infirmier praticien / infirmière praticienne

(This information is valid for a maximum period of 6 months /Ces renseignements sont périmés après un maximum de six mois)

Return to LTC Assessor/ :
Retourner à l'évaluateur des SLD: _____