

Règlement 20

**RÈGLEMENT CONCERNANT LA PROCÉDURE D'ATTRIBUTION DES CONGÉS
TEMPORAIRES AUX USAGERS ADMIS**

L.R.Q., c. S-4.2, r.-5, art. 6, par. 20°

Adopté par le conseil d'administration
Le 12 juin 1997

HÔPITAL LAVAL

Règlement concernant les congés temporaires accordés aux usagers admis.

(L.R.Q., c. S-4.2, r.-5, art. 6, par. 20°)

1. Interprétation

Aux fins du présent règlement, le congé temporaire d'un usager indique la période de temps pendant laquelle un usager admis est absent de l'établissement pour des raisons thérapeutiques ou psychosociales.

2. Champ d'application

Le présent règlement détermine les règles régissant l'octroi d'un congé temporaire à un usager admis, les obligations de l'usager et celles des professionnels de la santé.

3. Attribution

Le médecin traitant d'un usager, lorsque celui-ci le demande, autorise s'il y a lieu l'octroi d'un congé temporaire et détermine la durée de celui-ci en fonction de l'état, des soins et des services que requiert cet usager.

4. Conditions supplémentaires

Avant d'autoriser l'octroi d'un congé temporaire pour un usager admis en soins de courte durée, le médecin traitant doit s'assurer que les conditions suivantes sont remplies:

- a) la raison pour autoriser l'octroi du congé temporaire est valable et peut apporter un bénéfice sanitaire à l'usager;
- b) l'octroi du congé temporaire ne perturbe pas le fonctionnement des services.

5. Durée du congé temporaire

Un congé temporaire est accordé pour une durée maximale de 48 heures consécutives. Malgré ce qui précède, un congé temporaire peut être autorisé pour plus de 48 heures consécutives lorsqu'un jour férié précède ou suit la fin de semaine.

En cas de situation exceptionnelle, le directeur des services professionnels peut donner une autorisation spécifique pour l'octroi d'un congé temporaire sur semaine.

L'utilisateur doit revenir à l'unité de soins à l'heure fixée par l'équipe de soins.

6. Formulaire

Le médecin traitant autorise l'octroi d'un congé temporaire en indiquant la raison du congé, sa durée et les directives thérapeutiques sur le formulaire joint en annexe au présent règlement. Il doit apposer sa signature à l'endroit prévu.

L'utilisateur ou son représentant légal et la personne qui le prend en charge doivent préciser la destination et le numéro de téléphone où on peut les rejoindre. Ils doivent être informés des directives thérapeutiques et autres conseils pertinents et consentir à les respecter. Ils attestent de ce consentement en signant ledit formulaire.

L'infirmier(ère) responsable des soins infirmiers prodigués à l'utilisateur inscrit sur le formulaire la date et l'heure du départ et du retour de celui-ci. Il(elle) prend note de l'état de l'utilisateur à son retour et signe ledit formulaire à l'endroit prévu.

Le formulaire doit être complété lors de tout octroi d'un congé temporaire à un usager admis en soins de courte durée. Il n'est pas nécessaire de compléter le formulaire lors de l'octroi d'un congé temporaire à un usager admis en soins de longue durée. Il faut cependant que les informations pertinentes soient consignées au dossier de l'utilisateur.

7. Autres procédures

L'autorisation verbale du médecin traitant pour l'octroi d'un congé temporaire peut-être acceptée, pourvu que celui-ci s'engage à compléter le formulaire ultérieurement.

8. Réservations de lits

Lorsque l'utilisateur hospitalisé en soins de courte durée obtient un congé temporaire et qu'il occupe un lit dans une chambre pour laquelle il doit déboursier un supplément, le lit peut lui être réservé, pourvu qu'il continue à payer ce supplément pendant la durée du congé temporaire.

Lorsque l'utilisateur hospitalisé en soins de longue durée obtient un congé temporaire, il doit continuer à acquitter le paiement des journées pour que le lit lui soit réservé

pendant la durée du congé temporaire.

9. Dossier

Le formulaire de congé temporaire doit être déposé au dossier de l'usager. Le dossier de l'usager est maintenu ouvert durant son absence temporaire.

10. Départ sans autorisation

L'usager qui s'absente de l'hôpital sans en avoir obtenu l'autorisation comme le précise ce règlement, est réputé avoir quitté l'hôpital sans autorisation. Son dossier est fermé et le lit qu'il occupait peut être utilisé pour un autre usager.

L'infirmier(ère)-chef ou son(sa) remplaçant(e) informe immédiatement le Service d'accueil et le médecin traitant lorsqu'un usager quitte sans autorisation.

11. Responsable

Le directeur des services professionnels est responsable de l'application du présent règlement et peut procéder en tout temps à l'évaluation des congés temporaires. Il peut également en suspendre l'application lorsqu'il existe des motifs de croire que la santé publique est menacée.

12. Procédures en cas de non-retour de l'usager

Dans le cas où un usager ne revient pas à l'hôpital à la fin de son congé temporaire, le médecin traitant, après avoir communiqué avec lui ou avoir raisonnablement tenté de le faire décide de fermer le dossier ou peut en référer au directeur des services professionnels s'il y a lieu.

13. Entrée en vigueur

Le présent règlement remplace le Règlement n° 20 «Règlement concernant la procédure d'attribution des congés temporaires aux bénéficiaires admis» adopté par le conseil d'administration le 13 novembre 1986 et modifié le 7 mai 1992, et entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.



AUTORISATION DE CONGÉ TEMPORAIRE

AUTORISATION MÉDICALE:

L'état de santé de l'usager le permettant, j'autorise l'octroi d'un congé temporaire.

Raison du congé temporaire: _____

Durée du congé temporaire: DU _____ AU _____

DIRECTIVES À L'USAGER DURANT SON CONGÉ: (THÉRAPEUTIQUES, MÉDICALES, CONSEILS, ETC.)

Signature du médecin traitant: _____ Date: _____

CONSENTEMENT:

J'ai pris connaissance du présent formulaire et je m'engage à respecter les directives qui m'ont été données.

(si nécessaire) _____
Signature de l'usager ou son
représentant légal

Date: _____

Signature de la personne qui prend
en charge l'usager

Date: _____

DESTINATION DE L'USAGER: _____ No. de Tél.: _____

CHRONOLOGIE ET OBSERVATION À L'UNITÉ DE SOINS:

DÉPART: Date: _____ Heure: _____

Signature de l'infirmier(ère)

RETOUR: Date: _____ Heure: _____

NOTES SUR L'ÉTAT DE L'USAGER AU RETOUR:

Signature de l'infirmier(ère)

Date: _____