

Medical Status and Physical Examination

État de santé et examen physique



SECTION A: CLIENT DETAILS

To Be Completed by Client or Client's Representative.

SECTION A: DÉTAILS DU CLIENT

Doit être remplie par le client ou son représentant.

Client/Applicant's Name Nom du client ou du demandeur			
Date of Birth (Year/Month/Day) Date de naissance (année-mois-jour)	/	/	Medicare Number Numéro d'assurance-maladie
Name and Contact number of medical practitioner Nom et numéro de téléphone du fournisseur de soins primaire			

SECTION B: MEDICAL DETAILS

To Be Completed by a Medical Practitioner For Clients Who Are Medically Stable.

SECTION B : DÉTAILS MÉDICAUX

Doit être remplie par un fournisseur de soins primaires pour les clients dont l'état médical est stable.

Relevant Diagnoses Diagnostics pertinents
Physical Examination Findings Résultats de l'examen physique
Advanced Care Directives discussed Directives pour des soins avancées discutées
☐ No / non ☐ Yes / Oui If yes, details/ si oui, détails :

Notifiable Diseases: Based on the client's past medical history and on the findings of the physical examination, is there evidence suggestive of any **notifiable disease which could be a risk to any other persons in close proximity to this client?**
See page 3 for TB screening guidance

Maladie à déclaration obligatoire : Selon les antécédents médicaux d'un client et les résultats de l'examen physique, existe-t-il des éléments suggérant la présence d'une **maladie à déclaration obligatoire qui pourrait compromettre la santé de tout autre personne qui se trouverait à proximité du patient?**
Voir page trois pour les conseils sur le dépistage de la tuberculose.

☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Medical Practitioner's Name (Please Print)	Signature	Date (Year/Month/Day) Date (année-mois-jour)
Nom du fournisseur de soins primaires (en lettres moulées)		

MEDICAL STATUS AND PHYSICAL EXAMINATION FORM INSTRUCTIONS AND INFORMATION

The Medical Status and Physical Examination Form ('the Form') must be completed by a medical practitioner.

- The Form compliments the functional assessment and/or disability support application completed by Social Development, as part of an individual's admission to nursing home or adult residential facility. This form ensures all legal requirements as set out under the Nursing Homes Act and Family Services Act for prospective residents of Nursing Homes and Adult Residential Facilities are fulfilled.
- *Nursing Homes Act* – section 9 (NB Regulation 85-187) "No operator shall admit or permit to be admitted or transferred to a nursing home a person
 - a) suffering from a notifiable disease except under conditions determined by a district medical health officer, or
 - b) who has not had a physical examination and nursing care assessment before the date of admission."
- *The Nursing Homes Act* defines nursing care assessment as "an evaluation, in accordance with standards approved by the Minister, of the care required to meet the needs of a prospective resident after eligibility for admission has been established."
- *Family Services Act* – sections 22 and 23 (NB Regulation 83-77)
 - s. 22(2) "A person applying for admission as a resident to a community placement residential facility shall undergo an examination by a qualified physician and provide the operator with a certificate of the qualified physician as evidence of that examination."
 - s. 23(1) Where an operator of a community placement residential facility intends to admit a person to the facility, the operator shall advise the Minister of the person's proposed admission to the facility and provide the Minister with (a) a copy of the medical certificate of the person provided in accordance with subsection 22(2), and (b) where applicable, a copy of the evidence of examination of the person by an agency provided in accordance with paragraph 22(3)(a) at least ten working days before the proposed date of admission.

ÉTAT DE SANTÉ ET EXAMEN PHYSIQUE INSTRUCTIONS ET PAGE DE RENSEIGNEMENTS

Le formulaire État de santé et examen physique (Le formulaire) doit être rempli par un fournisseur de soins primaires.

- Le formulaire s'ajoute à l'évaluation des capacités fonctionnelles et/ou la formulaire de demande et d'examen des mesures de soutien effectuée par le Développement social lors de l'admission d'une personne dans un foyer de soin ou Établissements résidentiels pour adultes. Ce formulaire permet de s'assurer que toutes les exigences légales prévues par la loi sur les foyers de soins et la loi sur les services à la famille pour les résidents potentiels des foyers de soins et des établissements résidentiels pour adultes sont respectées.
- *La Loi sur les foyers de soins* - Paragraphe 9 (NB Règlement 85-187) "Il est interdit à tout exploitant d'admettre ou de permettre l'admission ou le transfert dans un foyer de soins d'une personne".
 - a) atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire sauf en vertu des conditions fixées par le médecin-hygiéniste, ou
 - b) qui ne s'est pas soumise à un examen médical et à une évaluation de soins infirmiers avant la date d'admission.
- Aux termes de *la Loi sur les foyers de soins*, l'évaluation aux fins de soins infirmiers est "une évaluation des soins nécessaires pour répondre aux besoins d'un pensionnaire éventuel, dont l'admissibilité est établie, et réalisée conformément aux normes approuvées par le ministre".
- *Loi sur les services à la famille*- paragraphes 22 et 23 (NB Règlement 83-77)
 - 22(2) Une personne qui demande son admission à titre de pensionnaire dans une installation de placement communautaire de type résidentiel doit être examinée par un médecin compétent et remettre au responsable un certificat du médecin comme preuve de cet examen.
 - 23(1) Le responsable d'une installation de placement de type communautaire qui se propose d'y admettre une personne doit en aviser le ministre au moins dix jours ouvrables avant la date proposée de cette admission et lui remettre a) copie du certificat médical remis par la personne en application du paragraphe 22(2), et b) le cas échéant, copie de la preuve que la personne a été examinée par un organisme, remise en application de l'alinéa 22(3)a).

TUBERCULOSIS SCREENING GUIDANCE

- Symptoms screen to rule out active TB. If symptomatic further evaluate and obtain CXR
- Assessing risk factors:
 - Individuals born or have lived in high burden countries in the last 5 years,
 - Individuals infected with HIV
 - Individuals on hemodialysis
 - Individuals who are immunocompromised
- Assessing TB testing history: prior active TB, Prior positive TST
- If asymptomatic and has a risk factor:
 - Follow appropriate TB screening protocols as per Government of Canada - Tuberculosis (TB): For health professionals
 - Perform TST. Repeat TST if the initial response may have been reduced due to age, immunocompromising condition

ORIENTATION POUR LE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

- Dépistage des symptômes pour exclure un diagnostic de tuberculose active. En cas de présence de symptômes, approfondir l'examen et faire subir une radiographie du thorax.
- Évaluation des facteurs de risque :
 - Personnes nées ou ayant vécu dans des pays fortement atteints au cours des 5 dernières années;
 - Personnes infectées par le VIH;
 - Personnes sous hémodialyse;
 - Personnes immunodéprimées (déficit immunitaire primaire ou secondaire);
- Évaluation des antécédents de dépistage de la tuberculose : diagnostic de tuberculose active antérieur; test cutané à la tuberculine positif antérieur.
- Si asymptomatique et présente un facteur de risque :
 - Suivre les protocoles de dépistage de la tuberculose du gouvernement du Canada : Pour les professionnels de la santé
 - Effectuer un test cutané à la tuberculine (TCT) Faire un deuxième TCT si la réponse initiale peut avoir été amoindrie en raison de l'âge ou d'un état d'immunodépression