



**Inspection Report
under the *Long-Term
Care Homes Act, 2007***

**Rapport d'inspection
prévue le *Loi de 2007
les foyers de soins de
longue durée***

Ministry of Health and Long-Term Care
Health System Accountability and Performance Division
Performance Improvement and Compliance Branch

London Service Area Office
291 King Street, 4th Floor
London ON N6B 1R8

Bureau régional de services de London
291, rue King, 4^{ème} étage
London ON N6B 1R8

**Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée**

Division de la responsabilisation et de la performance du
système de santé
Direction de l'amélioration de la performance et de la
conformité

Telephone: 519-675-7680
Facsimile: 519-675-7685

Téléphone: 519-675-7680
Télécopieur: 519-675-7685

Licensee Copy/Copie du Titulaire Public Copy/Copie Public

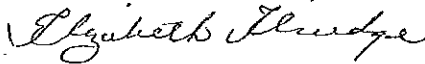
| | | |
|--|---|---|
| Date(s) of Inspection/Date de l'inspection November 10 and 30, 2010 | Inspection No/ d'inspection 2010_121_2624_12Nov145132 | Type of Inspection/Genre d'inspection Complaint L-01692 |
| Licensee/Titulaire Revera Long Term Care Inc., 55 Standish Court, 8 th floor, Mississauga, ON, L5R 4B2 | | |
| Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée Summit Place, 850 – 4th St. E., Owen Sound, ON, N4K 6A3 | | |
| Name of Inspector/Nom de l'inspecteur Elizabeth Elvidge #121 | | |
| Inspection Summary/Sommaire d'inspection | | |
| <p>The purpose of this inspection was to conduct a complaint inspection relating to medication administration.</p> <p>During the course of the inspection, the inspector spoke with: The Administrator.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> There are no findings of Non-Compliance as a result of this inspection.</p> | | |



Ministry of Health and
Long-Term Care
Ministère de la Santé et
des Soins de longue durée

Inspection Report
under the Long-Term
Care Homes
Act, 2007

Rapport
d'inspection prévue
le Loi de 2007 les
foyers de soins de
longue durée

| | | | |
|---|-------|--|--|
| Signature of Licensee or Representative of Licensee Signature du Titulaire du représentant désigné | | Signature of Health System Accountability and Performance Division representative/Signature du (de la) représentant(e) de la Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé. | |
| | |  | |
| Title: | Date: | Date of Report: (if different from date(s) of inspection). December 6, 2010 | |
| | | | |