



**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

**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

Hamilton Service Area Office
119 King Street West, 11th Floor
Hamilton ON L8P 4Y7

Telephone: 905-546-8294
Facsimile: 905-546-8255

Bureau régional de services de Hamilton
119, rue King Ouest, 11th étage
Hamilton ON L8P 4Y7

Téléphone: 905-546-8294
Télécopieur: 905-546-8255

<input type="checkbox"/> Licensee Copy/Copie du Titulaire <input checked="" type="checkbox"/> Public Copy/Copie Public		
Date(s) of inspection/Date de l'inspection	Inspection No/ d'inspection	Type of Inspection/Genre d'inspection
Oct. 22, 2010	2010_169_2855_22Oct114041	Log #H-01704
Licensee/Titulaire		
Villa Forum 175 Forum Drive Mississauga, ON L4Z 4E5 Fax: 905 501 1443		
Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée		
Villa Forum 175 Forum Drive Mississauga, ON L4Z 4E5 Fax: 905 501 1443		
Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur(s)		
Yvonne Walton #169		
Inspection Summary/Sommaire d'inspection		



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*

The purpose of this inspection was to conduct a critical incident inspection regarding responsive behavior between two residents.

During the course of the inspection, the inspector spoke with: Resident, Personal Support Workers, Administrator, Assistant Director of Care

During the course of the inspection, the inspector: conducted a clinical review

No Findings of Non-Compliance were found during this inspection.

Inspector ID #:	169

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).
--------	-------	--