

soins de longue durée**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Rapport d'inspection prévu par la
Loi de 2021 sur le redressement des

District de London
130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : (800) 663-3775

Rapport public

Date d'émission du rapport : 23 octobre 2025

Numéro d'inspection : 2025-1470-0006

Type d'inspection :

Incident critique

Titulaire de permis : Oneida Nation of the Thames

Foyer de soins de longue durée et ville : Oneida Nation of the Thames

LongTerm Care Home (Tsi' Nu: yoyantle' Na' Tuhuwatisni), Southwold

RÉSUMÉ DE L'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : les 22 et 23 octobre 2025.

L'inspection concernait :

- Le dossier n° 00158902/incident critique n° 3042-000012-25 lié à un décès inattendu

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Services de soins et de soutien aux personnes résidentes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

AVIS ÉCRIT : Rapports : incidents graves

Non-respect n° Avis écrit aux termes de l'alinéa 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

Non-respect de : l'alinéa 115 (1) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22

Rapports : incidents graves

Paragraphe 115 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille, d'une part, à immédiatement informer le directeur, de façon aussi détaillée que possible dans les circonstances, des incidents suivants et, d'autre part, à faire suivre le rapport exigé au paragraphe (5) :

2. Un décès inattendu ou soudain, notamment un décès résultant d'un accident ou d'un suicide.

1



soins de longue durée

Ministère des Soins de longue durée

Division des opérations relatives aux soins de longue durée
Direction de l'inspection des foyers de soins de longue durée

Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2021 sur le redressement des*

District de London

130, avenue Dufferin, 4^e étage
London (Ontario) N6A 5R2
Téléphone : (800) 663-3775

Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la directrice soit immédiatement informée après le décès inattendu d'une personne résidente.

Sources : rapport du système de rapport d'incidents critiques, dossiers cliniques de la personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.