



**Ministry of Health and
Long-Term Care**

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

Ottawa Service Area Office
347 Preston St., Suite 420
Ottawa ON K1S 3J4
Telephone : 613-569-5602
Facsimile : 613-569-9670

**Ministère de la Santé et
des Soins de longue
durée
Rapport d'inspection
prévu par la *Loi de 2007
sur les foyers de soins de
longue durée***

Bureau régional de services d'Ottawa
347, rue Preston, bureau 420
Ottawa ON K1S 3J4
Téléphone : 613 569-5602
Télécopieur : 613 569-9670

**Long-Term Care Homes Division
Long-Term Care Inspections Branch**

**Division des foyers de soins de longue durée
Inspection de soins de longue durée**

Copie destinée au public

| | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| Date(s) du rapport 8 mars 2017 | Numéro d'inspection 2017_620126_0003 | N° de registre 004418-17, 004422-17 | Type d'inspection Plainte |
| Titulaire de permis VILLE D'OTTAWA Services sociaux et communautaires, Direction des soins de longue durée, 200, chemin Island Lodge OTTAWA ON K1N 5M2 | | | |
| Foyer de soins de longue durée CENTRE D'ACCUEIL CHAMPLAIN 275, RUE PERRIER, VANIER ON K1L 5C6 | | | |
| Nom de l'inspecteur/l'inspectrice LINDA HARKINS (126) | | | |
| Résumé de l'inspection | | | |

Cette inspection a été menée dans le cadre d'une plainte.

Elle a été effectuée aux dates suivantes : 23, 24, 27 et 28 février, 1^{er} et 6 mars 2017.

Au cours de cette inspection, deux inspections ont eu lieu concernant des plaintes relatives aux soins et aux services aux personnes résidentes.

Au cours de l'inspection, l'inspecteur/l'inspectrice s'est entretenu(e) avec les personnes suivantes : administrateur/administratrice, responsable des soins des personnes résidentes pour le personnel infirmier autorisé, responsable des soins des personnes résidentes pour le personnel infirmier non autorisé, plusieurs infirmiers autorisés/infirmières autorisé(e)s (IA), plusieurs infirmiers/infirmières auxiliaires autorisé(e)s (IAA), plusieurs préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP), plusieurs personnes résidentes, et un membre d'une famille.

Les politiques suivantes ont été examinées lors de cette inspection :

Programme de prévention des chutes : *Resident Assessment for Falls Tool (RAFT) #315.08* (outil d'évaluation des personnes résidentes en matière de chutes – n° 315.08), révisé pour la dernière fois en septembre 2013; *Complaints #750.43* (plaintes n° 750.43) révisée pour la dernière fois en novembre 2016; *Least Restraint #335.10* (moindre recours à la contention n° 335.10) révisée pour la dernière fois en janvier 2017; *Cleaning of Resident Care Equipment #845.01* (nettoyage de l'équipement de soins des personnes résidentes n° 845.01) révisée pour la dernière fois en octobre 2016. Le document *Roles and Responsibilities for Personal Support Worker (PSW)* [rôles et responsabilités des préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP)] daté de mai 2015 a également été examiné.

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

Services d'hébergement – entretien ménager
Facilitation des selles et soins liés à l'incontinence
Prévention des chutes
Prévention et contrôle des infections
Médicaments
Recours minimal à la contention
Nutrition et hydratation
Services de soutien personnel
Activités récréatives et sociales
Rapports et plaintes

Des non-respects ont été constatés au cours de cette inspection.

4 AE
2 PRV
0 OC
0 RD
0 OTA

NON-RESPECT DES EXIGENCES**Définitions**

- AE** — Avis écrit
PRV — Plan de redressement volontaire
RD — Renvoi de la question au directeur
OC — Ordres de conformité
OTA — Ordres, travaux et activités

Le non-respect des exigences prévues par la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD) a été constaté.

Le présent document constitue un avis écrit de non-respect aux termes du paragraphe 1 de l'article 152 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LFSLD).

AE n° 1 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 6 de la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8

Programme de soins

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 6 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soit adopté, pour chaque résident, un programme de soins écrit qui établit ce qui suit :

- a) les soins prévus pour le résident; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- b) les objectifs que visent les soins; 2007, chap. 8, par. 6 (1).**
- c) des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs au résident. 2007, chap. 8, par. 6 (1).**

Par. 6 (10) Le titulaire de permis veille à ce que le résident soit réévalué et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- a) un objectif du programme est réalisé; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires; 2007, chap. 8, par. 6 (10).**
- c) les soins prévus dans le programme se sont révélés inefficaces. 2007, chap. 8, par. 6 (10).**

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que le programme de soins établisse des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente.

Le/la mandataire spécial(e) (MS) de la personne résidente n° 001 a envoyé un courriel au ministère de la Santé le 20 février 2017 exprimant des inquiétudes au sujet des soins de la personne résidente n° 001.

La personne résidente n° 001 a été admise au foyer en 2009; elle faisait l'objet de plusieurs diagnostics. Elle nécessite de l'assistance et se déplace en fauteuil roulant avec une ceinture de siège fermant sur le devant. Au moment des repas, la personne résidente n° 001 nécessite une certaine supervision, mais peut bien manger des sandwiches et des amuse-gueule de façon autonome avec une assistance minimale. La personne résidente n° 001 est incontinente et a besoin d'assistance pour l'élimination et la propreté.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 001 sur plusieurs jours. Il/elle a remarqué que les interventions pour la personne résidente n° 001 n'établissent pas des directives claires.

Une réunion sur les soins a eu lieu avec le/la MS en décembre 2016 à la suite de la chute de la personne résidente n° 001 deux jours avant la réunion. On mentionnait dans les notes d'évolution de la personne résidente n° 001 que le/la titulaire de permis devait :

- 1) veiller à ce que la personne résidente n° 001 soit l'une des premières personnes résidentes à recevoir de l'assistance pour se lever le matin et pour l'élimination et la propreté;
- 2) veiller à ce que l'on conduise la personne résidente n° 001 à la toilette au moins deux fois par quart de travail, même pendant le quart de travail de nuit, au début et à la fin du quart de travail;
- 3) lorsque la personne résidente n° 001 est au lit, veiller à ce que son lit soit au niveau le plus bas avec un tapis en caoutchouc à côté du lit. On devrait garder la tête du lit à un angle de 30 degrés;
- 4) veiller à ce que la sonnette d'appel soit attachée aux vêtements de la personne résidente n° 001 afin de s'assurer que la sonnette retentit quand la personne se lève;
- 5) veiller à ce que la personne résidente n° 001 ait une ceinture de siège fermant sur le devant quand elle est assise dans le fauteuil roulant, et veiller à ce que la ceinture soit attachée;
- 6) veiller à ce que la personne résidente n° 001 s'assoie dans le fauteuil roulant le matin si elle se sent bien, et à ce qu'elle fasse une sieste l'après-midi;
- 7) veiller à laisser les chaussures de la personne résidente n° 001 sur le siège du fauteuil roulant quand elle se repose dans son lit.

L'IA n° 100 a révisé le même jour le programme de soins concernant les chutes et le changement de position, et le programme de soins a été mis à jour en février 2017 pour les activités de la vie quotidienne. Tous les renseignements susmentionnés discutés lors de la réunion sur les soins figuraient dans le programme de soins mis à jour.

On a examiné le Kardex actuel de la personne résidente n° 001 daté du 14 mars 2016. On a remarqué que certains changements dans les interventions étaient documentés, mais non datés. Les interventions concernant la conférence sur les soins de décembre 2016 n'étaient pas documentées dans le Kardex, comme le fait d'être la première personne résidente à recevoir de l'assistance pour se lever et pour l'élimination et la propreté le matin, l'exigence de conduire la personne aux toilettes deux fois par quart de travail en lui fournissant de l'assistance, le but d'avoir la sonnette d'appel attachée à ses vêtements, avoir la ceinture de siège fermant sur le devant quand elle est assise dans le fauteuil

roulant, faire une sieste l'après-midi, et mettre les chaussures de la personne résidente sur le siège du fauteuil roulant quand elle se repose dans son lit.

La feuille d'affectation des postes de nuit (non datée) a été examinée, et elle indiquait que la personne résidente n° 001 était autonome et n'avait aucun dispositif de contention. Nous n'avons trouvé aucune mention concernant le fait de conduire aux toilettes la personne résidente n° 001 deux fois par quart de travail même pendant le quart de travail de nuit (au début et à la fin), la position du lit (au plus bas, la tête à 30 degrés), le tapis en caoutchouc, la sonnette d'appel et la contention si la personne résidente est assise dans le fauteuil roulant.

Lors d'une discussion, l'IA n° 100 a indiqué que le personnel infirmier doit mettre à jour manuellement tous les renseignements sur les outils du programme de soins, et que le Kardex et la feuille d'affectation des postes de nuit pour les personnes résidentes n'avaient pas été mis à jour après la réunion sur les soins de décembre 2016.

Le programme de soins n'établit pas des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente n° 001. [Alinéa 6 (1)c]

2. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la personne résidente soit réévaluée et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé quand les besoins de la personne résidente en matière de soins changent.

Au cours de cette inspection concernant une plainte, l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné le dossier médical de la personne résidente n° 001. Il/elle a remarqué, dans les notes d'évolution d'une date précise de décembre 2016, rédigées par l'IAA n° 104, que l'on avait observé que la personne résidente n° 001 avait un petit caillot de sang (de la taille d'un pois) dans sa culotte d'incontinence. Également, l'IAA n° 104 avait remarqué que la personne résidente n° 001 avait du sang dans les urines quand elle se rendait aux toilettes. Aucune autre note ou intervention concernant la présence de sang n'était documentée dans les notes d'évolution, elles l'ont été seulement 18 jours plus tard, quand le/la mandataire spécial(e) a informé l'IA n° 103 qu'il/elle avait remarqué une tache de sang dans le produit d'incontinence de la personne résidente n° 001.

Nous avons examiné le *Daily 24 hours Report Book* (registre de rapport quotidien – 24 heures). À cette date précise de décembre 2016, lors du quart de travail du soir, l'observation concernant le petit caillot de sang était mentionnée dans le registre. Le lendemain, au cours des trois quarts de travail (jour, nuit et soir) on mentionnait que la personne résidente n° 001 n'avait pas eu d'hématurie au cours de ces trois quarts de travail. La surveillance concernant le caillot de sang ou l'hématurie n'avait pas été documentée et l'a été seulement 18 jours plus tard quand le/la MS avait avisé l'IA n° 103 de son observation. On avait contacté le médecin et ordonné de faire une analyse de sang. Deux jours après que le/la MS eût signalé les faits on avait recueilli de l'urine aux fins de culture, culture dont le résultat positif dénotait la présence d'une infection des voies urinaires.

Lors d'une entrevue téléphonique le 6 mars 2017, l'IAA n° 104 a dit à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il/elle avait documenté les notes d'évolution à cette date précise de décembre 2016, et avait ensuite écrit une note dans le *Daily 24 hours Report Book* (registre de rapport quotidien – 24 heures) aux fins de surveillance, et informé l'IA n° 105.

Lors d'une entrevue téléphonique le 6 mars 2017, l'IA n° 105 a dit à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il/elle ne se souvenait pas particulièrement de l'incident de cette date précise de décembre 2016. L'IA n° 105 a dit qu'habituellement, quand on observait la présence d'hématurie, le personnel infirmier contrôlait l'urine et vérifiait si la personne résidente prenait des anticoagulants. L'IA n° 105 a indiqué qu'il aurait dû y avoir de la documentation concernant l'évaluation qui avait été effectuée.

L'IAA n° 104 a indiqué que la surveillance de l'hématurie était l'intervention mise en place le lendemain du jour où l'on avait remarqué pour la première fois le caillot de sang/l'hématurie, et que l'on n'avait pas avisé le médecin. Le programme de soins n'avait pas été mis à jour pour veiller à mentionner les changements de l'état de santé de la personne résidente. [Alinéa 6 (10)b]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le/la titulaire de permis est tenu(e) par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle d'une part le programme de soins établit des directives claires à l'intention du personnel et d'autres personnes qui fournissent des soins directs à la personne résidente, et d'autre part la personne résidente n° 001 soit évaluée quand son état de santé évolue. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 2 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 29 de la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8

Politique de réduction au minimum de la contention sur les résidents

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 29 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

a) est adoptée une politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les résidents et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fait conformément à la présente loi et aux règlements; 2007, chap. 8, par. 29 (1).

b) la politique est respectée. 2007, chap. 8, par. 29 (1).

Faits saillants :

1. Le/la titulaire de permis n'a pas veillé à ce que la politique écrite visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention sur les personnes résidentes et à garantir que toute utilisation nécessaire de la contention se fasse conformément à la présente loi et aux règlements, et à ce que la politique soit respectée.

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée**

L'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné la politique du/de la titulaire de permis *Least Restraint #335.10* (moindre recours à la contention n° 335.10) révisée pour la dernière fois en janvier 2017. La marche à suivre lors du recours à la contention nécessite ce qui suit :

- « 1. Faire une évaluation pour déterminer la raison d'envisager un recours à la contention. Possibilité de se blesser ou de blesser autrui.
- 2. S'assurer que l'on a tenté toutes les autres interventions possibles avant de recourir à la contention (voir l'arbre de décision).
- 5. Obtenir et documenter un consentement ou un refus sur un formulaire de consentement.
- 7. Télécopier l'ordre du médecin à la pharmacie, afin que l'ordre relatif à la contention figure dans le dossier d'administration des médicaments (MAR) et dans la révision trimestrielle des médicaments.
- 9. Commencer à remplir le formulaire de surveillance de la contention. S'assurer de le remplir en utilisant les touches et les réponses pertinentes.
- 18. L'état de santé de la personne résidente est réévalué, et l'efficacité de la contention est réévaluée toutes les huit heures par un membre du personnel infirmier autorisé, et est documenté dans le dossier d'administration des médicaments (MAR). »

Le 2 mars 2017, le/la responsable des soins des personnes résidentes pour le personnel infirmier autorisé a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 que le foyer avait une nouvelle politique révisée en janvier 2017 et intitulée *Least Restraint Policy* (politique de moindre recours à la contention), et que l'on s'attend à ce que le personnel infirmier la mette en œuvre et la respecte.

Le 2 mars 2017, l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné les dossiers médicaux des personnes résidentes n° 001, 002, 003, 004 et 005, et a remarqué ce qui suit :

Évaluation de la personne résidente n° 001 – l'ordre du médecin n'a pas été télécopié à la pharmacie, et l'ordre relatif à la contention pour une ceinture de siège fermant sur le devant n'était pas documenté dans le dossier d'administration des médicaments (MAR), le suivi par le/la préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP) et par le personnel infirmier autorisé n'était pas documenté comme l'exige la politique.

Les personnes résidentes n° 002, 003, 004 et 005 n'avaient pas de feuille de suivi pour le/la PSSP et le personnel infirmier autorisé. Le consentement à la contention de la personne résidente n° 003 datait de 2015. L'ordre du médecin n'avait pas été télécopié à la pharmacie, et l'ordre relatif à la contention pour une ceinture de siège fermant sur le devant n'était pas documenté dans le dossier d'administration des médicaments (MAR), le suivi par le/la préposé(e) aux services de soutien à la personne (PSSP) et par le personnel infirmier autorisé n'était pas documenté comme l'exige la politique.

Le 2 mars 2017, l'IA n° 100 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 que l'ordre du médecin relatif à la contention de la personne résidente n° 001 pour une ceinture de siège fermant sur le devant n'avait pas été télécopié ni documenté dans le MAR. Il/elle a de plus indiqué que le personnel infirmier autorisé avait observé la personne résidente n° 001 pendant chaque quart de travail, mais que cela n'était pas documenté et que les PSSP ne documentaient pas les faits toutes les heures, L'IA n° 100 a dit ne pas être au courant de cette exigence.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Rapport d'inspection prévu par la *Loi de 2007 sur les
foyers de soins de longue durée*

Le 2 mars 2017, l'IA n° 106 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 que les PSSP étaient censés surveiller toutes les heures les personnes résidentes qui ont des dispositifs de contention, et signer la feuille de suivi. Également, l'IA n° 106 n'était pas au courant de l'exigence que le personnel infirmier autorisé devait signer toutes les huit heures.

Le 2 mars 2017, l'IAA n° 107 a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 qu'il/elle n'avait pas documenté l'évaluation effectuée pendant son quart de travail et qu'il/elle n'était pas au courant de la feuille de suivi horaire pour documenter le recours à la contention pour les personnes résidentes.
[Alinéa 29 (1)b)]

Autres mesures requises :

PRV – Aux termes du paragraphe 152 (2) de la Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8, le titulaire de permis est tenu par les présentes de rédiger un plan de redressement écrit visant à assurer le respect de l'exigence selon laquelle tout le personnel se conforme à la « Least Restraint Policy » (politique de moindre recours à la contention) pour toutes les personnes résidentes du foyer. Ce plan doit être mis en œuvre volontairement.

AE n° 3 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 24 de la LFSLD, 2007 L.O. 2007, chap. 8

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 24 (1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et des renseignements sur lesquels ils sont fondés :

- 1. L'administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 2. Le mauvais traitement d'un résident de la part de qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 3. Un acte illégal qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice à un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 4. La mauvaise utilisation ou le détournement de l'argent d'un résident. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**
- 5. La mauvaise utilisation ou le détournement de fonds octroyés à un titulaire de permis aux termes de la présente loi ou de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. 2007, chap. 8, par. 24 (1) et 195 (2).**

Faits saillants :

- 1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à aviser immédiatement le directeur d'un incident d'administration de soins et de traitement de façon inappropriée qui a causé une blessure.**

Lors d'une date précise de septembre 2014, on avait donné un bain à la personne résidente n° 001 dans la salle de bain. La personne résidente s'était levée, était tombée et s'était blessée. Elle avait été envoyée à l'hôpital et en était revenue le même jour. Le/la titulaire de permis avait entamé une enquête auprès du/la PSSP qui était dans la salle de bain avec la personne résidente à ce moment-là. On avait déterminé que le/la PSSP n'avait pas eu recours à la ceinture de siège quand la personne résidente était assise sur le siège de baignoire et que, quand il/elle avait tourné le dos, la personne résidente n° 001 s'était levée et était tombée. Le/La PSSP impliqué(e) dans l'incident avait fait l'objet de mesures disciplinaires de la part du/de la titulaire de permis.

Lors d'une entrevue le 28 février 2017, l'administrateur/l'administratrice a indiqué à l'inspecteur/l'inspectrice n° 126 que l'on avait immédiatement procédé à une enquête et que le/la PSSP impliqué(e) dans l'incident avait fait l'objet de mesures disciplinaires. L'administrateur/l'administratrice n'a pas pu trouver de rapport d'incident critique pour cet incident.

Au 28 février 2017, le/la titulaire de permis n'avait pas avisé le directeur de cet incident d'administration de soins et de traitement de façon inappropriée qui avait causé une blessure. [Paragraphe 24 (1)]

AE n° 4 : Le titulaire de permis ne s'est pas conformé à l'article 131 du Règl. de l'Ont. 79/10 Administration des médicaments

En particulier, il ne s'est pas conformé aux dispositions suivantes :

Par. 131 (2) Le titulaire de permis veille à ce que les médicaments soient administrés aux résidents conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. Règl. de l'Ont. 79/10, par. 131 (2).

Faits saillants :

1. Le titulaire de permis n'a pas veillé à ce que les médicaments soient administrés aux personnes résidentes conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments.

La personne résidente n° 001 a été admise au foyer en janvier 2009, elle avait fait l'objet de plusieurs diagnostics.

L'inspecteur/l'inspectrice n° 126 a examiné le dossier d'administration des médicaments (MAR) de la personne résidente n° 001 daté de juillet 2016; il indiquait que la personne résidente nécessitait qu'on lui applique quotidiennement un timbre médicamenteux sur le dos. À plusieurs reprises, on avait remarqué que la personne résidente n° 001 enlevait le timbre médicamenteux en le grattant, en particulier quand il était appliqué dans une région qui lui était accessible.

À une date précise de juillet 2016, le/la mandataire spécial(e) de la personne résidente n° 001 était en visite et avait remarqué que la personne résidente n° 001 n'avait pas le timbre médicamenteux sur le dos. Le/la mandataire spécial(e) avait informé l'IA n° 100 qui a évalué la personne résidente n° 001 et n'a trouvé le timbre médicamenteux nulle part sur le corps de la personne résidente. À ce moment-là, l'IA n° 100 a remis un timbre médicamenteux sur le dos de la personne résidente. Plus tard ce jour-là, l'IA n° 100 a interrogé l'IA n° 102 (qui avait posé le timbre ce matin-là); il/elle a indiqué avoir mis le timbre médicamenteux ce matin-là de juillet 2016 sur le devant de la personne résidente et pas sur le dos.

L'IA n° 102 n'avait pas administré le médicament conformément au mode d'emploi précisé par la personne autorisée à prescrire des médicaments. [Paragraphe 131 (2)]

Émis le 8 mars 2017.

Signature de l'inspecteur/l'inspectrice

Original du rapport signé par l'inspecteur/l'inspectrice.