



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

**Rapport d'inspection
prevue 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^e 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

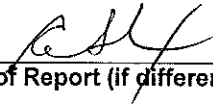
Téléphone: 519-675-7680
Télécopieur: 519-675-7685

Licensee Copy/Copie du Titulaire Public Copy/Copie Public

| | | |
|---|---|--|
| Date(s) of inspection/Date de l'inspection Sept 02, 2010 | Inspection No/ d'inspection 2010_112_2173_02Sep084111 | Type of Inspection/Genre d'inspection Complaint L00305 |
| Licensee/Titulaire Extendicare Toronto Inc. [a subsidiary of Extendicare (Canada) Inc.] 3000 Steeles Avenue East Suite 700 Markham L3R 9W2 | | |
| Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée Extendicare London 860 Waterloo St., London | | |
| Name of Inspector/Nom de l'inspecteur Carole Alexander Inspector #112 | | |
| Inspection Summary/Sommaire d'inspection | | |



| | |
|--|--|
| Inspector ID #: 112 | |
| Additional Required Actions: VPC - pursuant to the <i>Long-Term Care Homes Act, 2007</i> , S.O. 2007, c.8, s.152(2) the licensee is hereby requested to prepare a written plan of correction for achieving compliance with the plan of care providing clear directions for positioning needs for safety. | |

| | |
|---|--|
| 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). |