



**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

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

Bureau régional de services de Hamilton
119, rue King Ouest, 11^{ième} étage
Hamilton ON L8P 4Y7

**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: 905-546-8294
Facsimile: 905-546-8255

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

Licensee Copy/Copie du Titulaire Public Copy/Copie Public

Date(s) of inspection/Date de l'inspection	Inspection No/ d'inspection	Type of Inspection/Genre d'inspection
November 3 and 4, 2010	2010_141_9572_02Nov170146	Complaint H-01765
Licensee/Titulaire		
The Regional Municipality of Peel, 10 Peel Centre Drive, Suite B, 4 th floor, Brampton, On. L6T 0E5		
Long-Term Care Home/Foyer de soins de longue durée		
Sheridan Villa, 2460 Truscott Drive, Mississauga, On. L5J 3Z8		
Name of Inspector(s)/Nom de l'inspecteur(s)		
Sharlee McNally, LTC Compliance Inspector – Nursing #141		

Inspection Summary/Sommaire d'inspection

The purpose of this inspection was to conduct a complaint

During the course of the inspection, the inspector spoke with: the Administrator, Director of Care, and Resident Care Supervisor

During the course of the inspection, the inspector: reviewed the home's Complaint Log records

There are no findings of Non-Compliance as a result of this 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*

1

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). <i>May 30, 2011</i>	