

PROCÉDURE D'EXAMEN DE LA CLASSIFICATION DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE
(à envoyer par la ressource lors de changements significatifs des services voulus en cours d'année)

Identification du client			
Nom et prénom			
N° client		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Programme service	<input type="checkbox"/> Programme DI-TSA-DP		<input type="checkbox"/> Programme jeunesse
	<input type="checkbox"/> Programme SM dépendances		<input type="checkbox"/> Programme soutien à la personne en perte d'autonomie (SAPA)
Identification de la ressource			
Nom du ou des répondants de la ressource			
Type d'organisation résidentielle		RI résidence de groupe <input type="checkbox"/>	RTF <input type="checkbox"/>
Régime de représentation		ADRAQ <input type="checkbox"/>	FSSS-CSN <input type="checkbox"/> ARIHQ <input type="checkbox"/> FRIJQ <input type="checkbox"/>
Téléphone	Installation	Cellulaire 1	Cellulaire 2
Identification de l'équipe clinique responsable du suivi du client			
Intervenant pivot			
Motifs de la demande			
Veuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande de révision et préciser les aspects problématiques concernant les services de soutien ou d'assistance particuliers visés par le ou les descripteurs			
Descripteur	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisions	
1- Alimentation	<input type="checkbox"/>		
2- Habillement	<input type="checkbox"/>		
3- Hygiène (se laver correctement - corps et cheveux)	<input type="checkbox"/>		
4- Hygiène (entretenir sa personne)	<input type="checkbox"/>		
5- Élimination	<input type="checkbox"/>		
6- Mobilité (transferts)	<input type="checkbox"/>		
7- Mobilité (déplacements)	<input type="checkbox"/>		
8- Mobilité (escaliers)	<input type="checkbox"/>		
9- Conduite (impulsions)	<input type="checkbox"/>		
10- Conduite (émotions)	<input type="checkbox"/>		
11- Conduite (capacités relationnelles)	<input type="checkbox"/>		
12- Conduite (comportements autodestructeurs)	<input type="checkbox"/>		
13- Intégration	<input type="checkbox"/>		
14- Vie autonome	<input type="checkbox"/>		
15- Physique (médicaments)	<input type="checkbox"/>		
16- Physique (soins)	<input type="checkbox"/>		
17- Rendez-vous	<input type="checkbox"/>		
INFORMATION IMPORTANTE :			
Une fois la présente révision de l'instrument de classification acceptée, il se peut que seuls les descripteurs visés soient réévalués ou qu'une réévaluation complète de l'instrument soit effectuée. (Réf. : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-801-09W.pdf)			
Nom(s) en lettres moulées du/des répondant(s)		Signature(s)	Date de la demande

Programme Jeunesse - acheminer à M. Jean-Philippe Geoffroy

Courriel : jean-philippe.geoffroy.ciessleran@sss.gouv.qc.ca ou télécopieur : 450 756-0814

Programmes DI-TSA-DP-SM et SAPA - acheminer à Mme Catherine Therrien

Courriel : catherine.therrien.ciessleran@sss.gouv.qc.ca ou télécopieur : 450 585-7531

* Veuillez noter que seuls les formulaires dûment remplis seront traités.