****

**PROCÉDURE D’EXAMEN DE LA CLASSIFICATION DES SERVICES DE SOUTIEN OU D'ASSISTANCE**

**(à envoyer par la ressource au plus tard 15 jours après la date de l’accusé de réception de l’instrument de classification)**

|  |
| --- |
| **Identification du client** |
| Nom et prénom |  |
| No client |  | Sexe | M [ ]  F [ ]  | Date de naissance (jj/mm/aaaa) |  |
| Programme service | [ ]  Programme DI-TSA-DP [ ]  Programme jeunesse |
| [ ]  Programme SM et dépendances [ ]  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 [ ]  RTF [ ]   |
| Régime de représentation | ADRAQ [ ]  FSSS-CSN [ ]  ARIHQ [ ]  FRIJQ [ ]   |
| Téléphone  | Installation | Cellulaire 1 | Cellulaire 2 |
| **Identification de l’équipe clinique responsable du suivi du client** |
| Intervenant hébergement ayant complété l'instrument de classification des services |  |
| 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** | 🗹 | **Précisions** |
| 1. Alimentation
 | [ ]  |  |
| 1. Habillement
 | [ ]  |  |
| 1. Hygiène (se laver correctement - corps et cheveux)
 | [ ]  |  |
| 1. Hygiène (entretenir sa personne)
 | [ ]  |  |
| 1. Élimination
 | [ ]  |  |
| 1. Mobilité (transferts)
 | [ ]  |  |
| 1. Mobilité (déplacements)
 | [ ]  |  |
| 1. Mobilité (escaliers)
 | [ ]  |  |
| 1. Conduite (impulsions)
 | [ ]  |  |
| 1. Conduite (émotions)
 | [ ]  |  |
| 1. Conduite (capacités relationnelles)
 | [ ]  |  |
| 1. Conduite (comportements autodestructeurs)
 | [ ]  |  |
| 1. Intégration
 | [ ]  |  |
| 1. Vie autonome
 | [ ]  |  |
| 1. Physique (médicaments)
 | [ ]  |  |
| 1. Physique (soins)
 | [ ]  |  |
| 1. Rendez-vous
 | [ ]  |  |
| **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**](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 Geoffoy**

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

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

Courriel : catherine.therrien.cissslan@ssss.gouv.qc.ca ou télécopieur : 450 585-7531

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

2017-12-06

2023-09-22