

**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 | | |  | | | | | | | | | | |
| No client |  | | | Sexe | M  F | | | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | | | |  | |
| Programme service | | | Programme DI-TSA-DP  Programme jeunesse | | | | | | | | | | |
| Programme SM 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 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](mailto: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.**

2023-09-22