**Signification d’un changement dans la condition de l’usager**

**Révision de l’Instrument de classification (IDC)**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’USAGER** |
| Nom / Prénom : |  | No de dossier :  |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA RI-RTF** |
| Nom du responsable / Installation : |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’INTERVENANT USAGER** |
| Nom / Prénom : |  |

|  |
| --- |
| **Section à remplir par la RI-RTF** |
|

|  |
| --- |
| ***Décrire le(s) changement(s) constaté(s) dans la condition de l’usager :***      |
|  |

 |
| **Le(s) changement(s) de condition concernerait(aient) le(s) descripteur(s) suivant(s)** |
|  |
| [ ]  Alimentation[ ]  Habillement[ ]  Hygiène[ ]  Hygiène (suite)[ ]  Élimination[ ]  Mobilité (transferts) | [ ]  Mobilité (déplacements)[ ]  Mobilité (escaliers)[ ]  Conduite (impulsions)[ ]  Conduite (émotions)[ ]  Conduite (capacité relationnelle)[ ]  Conduite (comportements autodestructeurs) | [ ]  Intégration[ ]  Vie autonome[ ]  Physique (médicaments)[ ]  Physique (soins)[ ]  Rendez-vous |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature RI-RTF :** |  | **Date :** |       |

**Acheminer à l’intervenant usager**