**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**