*Section à remplir par le CISSS Côte-Nord*

**Date de l’accusé-réception de la demande d’examen :**

*Aaaa-mm-jj*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de l’usager** | | | | | | |
| Nom : |  | | | Prénom : |  | |
| No usager : |  | Sexe : | M  F | Date de naissance : | |  |
| Programme-service : | | DI-TSA  SM  SAPA  DPJ  Jeunesse | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de la ressource** | | | | | | | | | | | | |
| Nom du ou des responsables : | |  | | | | | | Type d’organisation résidentielle : | | | | RI  RTF |
| Régime de représentation : | | FSSS-CSN  ARIHQ  FFARIQ  Ressource non représentée | | | | | | | | | | |
| Autre, précisez : | | | |  | | | | | | |
| Adresse de l’installation : | Adresse : | |  | | | | | | | | | |
| Ville : | |  | | | | | | | Code postal : |  | |
| Téléphone : | Installation | | | | | | Cellulaire | | Autre | | | |
|  | | | | | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Identification de l’équipe clinique responsable du suivi de l’usager** | | | | | | | | | | | | |
| Intervenant usager ayant complété l’Instrument de classification des services : | | | | |  | | | | | | | |
| Intervenant RI-RTF classificateur : | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Motifs de la demande**  **Veuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande de révision et en préciser les aspects problématiques concernant les services de soutien ou d’assistance particuliers** | | | | | | | | | | | | |
| **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 | |  | |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Répondant(s)** Nom en lettres moulées | **Signature** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande : |  |
|  | *Année-mois-jour* |

**Faire parvenir le présent formulaire aux gestionnaires RI-RTF de votre programme-service**

**À noter que seuls les formulaires dûment complétés seront traités.**