*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.**