**Demande d’examen d’une classificatioN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification de la demande** | | |
| Date de la demande | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| Date de réception de l’instrument de la classification concernée | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| Nom du demandeur (Responsable) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Téléphone | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Direction de l’établissement avec laquelle vous avez une entente  (Ex; SM, Jeunesse, SAPA) | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Association représentative  (Ex; RESSAQ, ADREQ, FRIJQ) | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’usager**  Je souhaite que cette classification soit révisée dans le cadre de la procédure d’examen prévue | |
| Initialesde l’usager | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| No d’usager | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motifs de la demande**  Je considère que cette classification des descripteurs cochés plus bas ne correspond pas aux services réellement rendus à cet usager. Cochez-le(s) descripteur(s) visé(s) par la demande d’examen et précisez les motifs; | | | | | |
| **1** | Alimentation |  | **10** | Conduite (Émotions) |  |
| **2** | Habillement |  | **11** | Conduite (capacité relationnelle) |  |
| **3** | Hygiène (corps,cheveux) |  | **12** | Conduite (cpt autodestructeurs) |  |
| **4** | Hygiène (entretien de sa personne) |  | **13** | Intégration |  |
| **5** | Élimination |  | **14** | Vie autonome |  |
| **6** | Mobilité (transferts) |  | **15** | Physique (médicaments) |  |
| **7** | Mobilité (déplacements) |  | **16** | Physique (soins) |  |
| **8** | Mobilité (escaliers) |  | **17** | Rendez-vous |  |
| **9** | Conduite (impulsions) |  |  |  |  |
| **Précisions: (Optionnel)**  *Écrire 50 mots maximum, puisque la grille de transmission des observations obligatoire offre déjà des précisions.* | | | | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le motif de ma demande est (cochez le ou les motifs)** | |
| La classification que j’ai reçue ne reflète pas les échanges lors de la rencontre avec l’expert de classification et mon intervenant pivot. |  |
| Les services dont l’usager a besoin ne sont pas reconnus dans la classification que j’ai reçue |  |
| Autre motif;Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |

En conséquence, je vous demande de bien vouloir intervenir dans le cadre de la procédure d’examen afin que l’Instrument de classification représente plus fidèlement les services à rendre à cet usager et que la rétribution des services pour cette période me soit versée en application de la classification révisée. Je souhaite être rencontré par la personne qui sera désignée pour faire la révision.

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

(Nom en lettres lisibles de la ou d’une personne responsable

de la famille d’accueil ou de la ressource intermédiaire)

|  |
| --- |
|  |

(Signature de la ou d’une personne responsable

de la famille d’accueil ou de la ressource intermédiaire)

**Veuillez acheminer votre formulaire ainsi que votre grille de transmission des observations,**

**par la poste ou par courriel, à l’adresse suivante:**

Monsieur Ghislain Massicotte

Chef de service

Évaluation de l’usager et Instrument de détermination et de classification

Direction de la qualité, de l’éthique, de la performance et du partenariat

1621, Prospect

Sherbrooke, Qc, J1J 1K4

Télécopieur: 819 346-8473

Courriel: ghislain.massicotte.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca