|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEMANDE D’EXAMEN DE CLASSIFICATION RI-RTF** |

**Direction de l’établissement avec laquelle vous avez une entente :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  **programme jeunesse** |[ ]  **protection de la jeunesse** |[ ]  **programmes santé mentale** **et dépendance** |
|[ ]  **programmes DI-TSA-DP** |[ ]  **programme SAPA** |  |  |

**Association représentative :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  **FFARIQ** |[ ]  **ADREQ (CSD)** |[ ]  **SRAA CSD** |[ ]  **FSSS-CSN** |
|[ ]  **FRIJQ** |[ ]  **ARIHQ** |[ ]  **RESSAQ** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande :** | Cliquez ici pour entrer une date |
| **Date de réception de la classification :** | Cliquez ici pour entrer une date |
| **Nom du demandeur :** | Cliquez ici pour entrer nom du demandeur |
| **Coordonnées du demandeur :** | Cliquez ici pour entrer coordonnées du demandeur |
| **Téléphone du demandeur :** | Cliquez ici pour entrer téléphone du demandeur |
| **Nom de la ressource :** | Cliquez ici pour entrer nom de la ressource | **No ressource :** |       |
| **Coordonnées de la ressource** (si différentes de celles du demandeur)**:** | Cliquez ici pour entrer coordonnées de la ressource |
| **Initiales de l’usager concerné :** | Initiales de l’usager | **Date de naissance :** |       | **No usager** (voir classification)**:** | No usager |

**Cochez le(s) descripteur(s) visé(s) par la demande d’examen et précisez les motifs :**

| **Descripteurs** | √ | **Motifs de la demande d’examen** |
| --- | --- | --- |
| 1. Alimentation |[ ]        |
| 2. Habillement |[ ]        |
| 3. Hygiène (corps, cheveux) |[ ]        |
| 4. Hygiène (entretien de sa personne) |[ ]        |
| 5. Élimination |[ ]        |
| 6. Mobilité (transferts) |[ ]        |
| 7. Mobilité (déplacements) |[ ]        |
| 8. Mobilité (escaliers) |[ ]        |
| 9. Conduite (impulsions) |[ ]        |
| 10. Conduite (émotions) |[ ]        |
| 11. Conduite (capacité relationnelle) |[ ]        |
| 12. Conduite (comportements autodestructeurs) |[ ]        |
| 13. Intégration |[ ]        |
| 14. Vie autonome |[ ]        |
| 15. Physique (médicaments) |[ ]        |
| 16. Physique (soins) |[ ]        |
| 17. Rendez-vous |[ ]        |

Veuillez acheminer votre demande à :

Madame Johanne Robillard

Chef du service Évaluation des milieux de vie substituts

Direction adjointe programme jeunesse - services dans la communauté et ressources

CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal

1161, boul. Henri-Bourassa Est

Montréal (Québec) H2C 3K2

Télécopieur : 514-858-4841

equipecentralisee.dprogj.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca