

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'utilisateur	
Je souhaite que cette classification soit révisée dans le cadre de la procédure d'examen prévue	
Initiales de l'utilisateur	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
No d'utilisateur	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	<input type="checkbox"/>	10	Conduite (Émotions)	<input type="checkbox"/>
2	Habillement	<input type="checkbox"/>	11	Conduite (capacité relationnelle)	<input type="checkbox"/>
3	Hygiène (corps, cheveux)	<input type="checkbox"/>	12	Conduite (cpt autodestructeurs)	<input type="checkbox"/>
4	Hygiène (entretien de sa personne)	<input type="checkbox"/>	13	Intégration	<input type="checkbox"/>
5	Élimination	<input type="checkbox"/>	14	Vie autonome	<input type="checkbox"/>
6	Mobilité (transferts)	<input type="checkbox"/>	15	Physique (médicaments)	<input type="checkbox"/>
7	Mobilité (déplacements)	<input type="checkbox"/>	16	Physique (soins)	<input type="checkbox"/>
8	Mobilité (escaliers)	<input type="checkbox"/>	17	Rendez-vous	<input type="checkbox"/>
9	Conduite (impulsions)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

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.	<input type="checkbox"/>
Les services dont l'utilisateur a besoin ne sont pas reconnus dans la classification que j'ai reçue	<input type="checkbox"/>
Autre motif; Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	<input type="checkbox"/>

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:**

Madame Martine Houle

Chef de service

Évaluation de l'utilisateur 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: martine.houle.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

CIUSSS de l'Estrie - CHUS

DQEPP - Évaluation de l'utilisateur/Instrument de classification

FOR_DEMEC Formulaire de demande d'examen d'une classification (2023-02-21)