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

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

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

**Association représentative :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ARIHQ** |  | **FRIJQ** |  | **SRAA CSD** |  | **ADREQ (CSD)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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