DEMANDE D’EXAMEN DE LA CLASSIFICATION

Je suis représenté (e) par la FFARIQ et je respecte le délai de 15 jours

Je suis représenté (e) par l’ADRAQ-CSD-Gaspésie et je respecte le délai de 15 jours

Je suis représenté (e) par l’ARIHQ et je respecte le délai de 15 jours

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de l’accusé de réception de l’instrument de classification par la ressource | | | | | | |  | |  |  |
| Année | | Mois | Jour |
|  |  | | |  |  | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Identification de l’usager** | | | | | | | | | | |
| Numéro de l’usager | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Identification de la ressource** | | | | | | | | | | |
| Nom du ou des responsables | | |  | | | | | | | |
| Adresse complète de l’installation | | |  | | | | | | | |
| Téléphones | | |  | | |  | |  | | |
| Installation | | | Cellulaire | | Travail | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Motifs de la demande**  Veuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande de révision et préciser les aspects problématiques | | | | | | | | | | |
| **Descripteurs** | | **Précisions** | | | | | | | | |
| Alimentation | |  | | | | | | | | |
| Habillement | |  | | | | | | | | |
| Hygiène  (se laver correctement corps et cheveux) | |  | | | | | | | | |
| Hygiène  (entretenir sa personne) | |  | | | | | | | | |
| Élimination | |  | | | | | | | | |
| Mobilité  (transferts) | |  | | | | | | | | |
| Mobilité  (déplacements) | |  | | | | | | | | |
| Mobilité  (escaliers) | |  | | | | | | | | |
| Conduite  (émotions) | |  | | | | | | | | |
| Conduite  (impulsions) | |  | | | | | | | | |
| Conduite  (capacité relationnelle) | |  | | | | | | | | |
| Conduite  (comportements autodestructeurs) | |  | | | | | | | | |
| Intégration | |  | | | | | | | | |
| Vie autonome | |  | | | | | | | | |
| Physique  (médicaments) | |  | | | | | | | | |
| Physique  (soins) | |  | | | | | | | | |
| Rendez-vous | |  | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom du répondant (lettres moulées) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de la demande | | | |