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 |