

DEMANDE D'EXAMEN DE LA CLASSIFICATION

Je respecte le délai de 15 jours suite à la date de la signature de l'accusé de réception

À faire parvenir à :

Marie-Josée Smith
Cheffe de service au contrôle de la qualité RI-RTF hébergement
633, avenue Daignault, Chandler, Québec G0C 1K0
Courriel: marie-josée.smith.ciassgaspésie@ssss.gouv.qc.ca

Date de l'accusé de réception de l'instrument de classification par la ressource	Année	Mois	Jour
--	-------	------	------

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de l'utilisateur	
-------------------------	--

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
<input type="checkbox"/> Alimentation	
<input type="checkbox"/> Habillement	
<input type="checkbox"/> Hygiène (se laver correctement corps et cheveux)	
<input type="checkbox"/> Hygiène (entretenir sa personne)	

<input type="checkbox"/> Élimination	
<input type="checkbox"/> Mobilité (transferts)	
<input type="checkbox"/> Mobilité (déplacements)	
<input type="checkbox"/> Mobilité (escaliers)	
<input type="checkbox"/> Conduite (impulsions)	
<input type="checkbox"/> Conduite (émotions)	
<input type="checkbox"/> Conduite (capacité relationnelle)	
<input type="checkbox"/> Conduite (comportements autodestructeurs)	
<input type="checkbox"/> Intégration	
<input type="checkbox"/> Vie autonome	
<input type="checkbox"/> Physique (médicaments)	
<input type="checkbox"/> Physique (soins)	
<input type="checkbox"/> Rendez-vous	

Nom du répondant (lettres moulées)

Signature

Date de la demande