

**DEMANDE D’EXAMEN DE LA CLASSIFICATION**

Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d’assistance (IDC)

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de l’accusé de réception de l’IDC concerné :** | (jj/mm/aaaa) |

|  |
| --- |
| Identification de l’usager |
| Nom et prénom |  |
| No usager |       | Sexe | M [ ]  F [ ]  | Date de naissance (jj/mm/aaaa) |  |
| Nom de l’intervenant ayant complété l’IDC  |  |
| Identification de la ressource |
| Nom du ou des responsables  |  |
| Régime de représentation | ADRAQ Laurentides (SRAA) [ ]  FFARIQ [ ]  FRIJQ [ ]  ARIHQ [ ]  |
| Adresse complète de l’installation |  |
| Téléphone  |       | Courriel |  |
| Direction programme clientèle de la ressource | Santé mentale [ ]  DPDRP [ ]  SAPA [ ]  JEUNESSE [ ]  |
| Motifs de la demandeVeuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande d’examen et préciser le motif de la demande\* |
| 1. Alimentation
 | [ ]  | 1. Conduite (émotions)
 | [ ]  |
| 1. Habillement
 | [ ]  | 1. Conduite (capacité relationnelle)
 | [ ]  |
| 1. Hygiène (se laver correctement)
 | [ ]  | 1. Conduite (comportements autodestructeurs)
 | [ ]  |
| 1. Hygiène (entretenir sa personne)
 | [ ]  | 1. Intégration
 | [ ]  |
| 1. Élimination
 | [ ]  | 1. Vie autonome
 | [ ]  |
| 1. Mobilité (transferts)
 | [ ]  | 1. Physique (médicaments)
 | [ ]  |
| 1. Mobilité (déplacements)
 | [ ]  | 1. Physique (soins)
 | [ ]  |
| 1. Mobilité (escaliers)
 | [ ]  | 1. Rendez-vous
 | [ ]  |
| 1. Conduite (impulsions)
 | [ ]  |  |  |
| Précisions :       |
| \*Veuillez noter que l’ensemble des descripteurs sera examiné lors de l’analyse |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Signature(s)** | **Date de la demande** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Veuillez acheminer le présent formulaire à l’une des coordonnées suivantes** (par courriel ou par envoi postal) **:** |
|  | Clientèle | Coordonnées  |  |
|  | Jeunesse | caroline.goupil.dpj.cissslau@ssss.gouv.qc.caCaroline Goupil : 500, boul. des Laurentides, suite 241, Saint-Jérôme, J7Z 4M2 |  |
|  | DI-TSA-DP | mah.ditsadp.cissslau@ssss.gouv.qc.caJosée Lamarche : 500, boul. des Laurentides, suite 252, Saint-Jérôme, J7Z 4M2 |  |
|  | Santé mentale | hebergement.sante.mentale.cissslau@ssss.gouv.qc.caKristine Gagnon : 190, rue Saint-Marc, Saint-Jérôme, J7Z 2V8 |  |
|  | SAPA | ri.sapa.cissslau@ssss.gouv.qc.ca |  |
|  |  |  |  |

**SECTION RÉSERVÉE À L’ADMINISTRATION DU CISSS DES LAURENTIDES**

|  |
| --- |
| **RECEVABILITÉ DE LA DEMANDE** |
| Demande reçue le  (jj/mm/aaaa)  |  |
| Nom du gestionnaire responsable |  |  |
| **Recevabilité de la demande** | Recevable [ ]  | Non-recevable [ ]  |
| Motif du rejet de la demande, s’il y a lieu :  |
|  |  |
| **ANALYSE ET RECOMMANDATIONS DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE** |
| Analyse effectuée le (jj/mm/aaaa)  |  |
| Nom de la personne désignée |  |
| **Recommandations** | Modification requise [ ]  | Aucune modification [ ]  |
| Détail des recommandations : |
|  |  |
| **DÉCISION PAR LE GESTIONNAIRE RESPONSABLE** |
| Nom de la personne désignée |  |
| **Décision finale** | Modification de la classification [ ]  | Statu quo [ ]  |
| Décision transmise à la ressource le  | (jj/mm/aaaa) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nom du gestionnaire**  | **Signature** | **Date**  |