

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'utilisateur			
Nom et prénom			
No usager		Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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) <input type="checkbox"/>	FFARIQ <input type="checkbox"/>	FRIJQ <input type="checkbox"/> ARIHQ <input type="checkbox"/>
Adresse complète de l'installation			
Téléphone		Courriel	
Direction programme clientèle de la ressource	Santé mentale <input type="checkbox"/>	DPDRP <input type="checkbox"/>	SAPA <input type="checkbox"/> JEUNESSE <input type="checkbox"/>
Motifs de la demande			
Veuillez cocher le ou les descripteurs visés par la demande d'examen et préciser le motif de la demande*			
1. Alimentation	<input type="checkbox"/>	10. Conduite (émotions)	<input type="checkbox"/>
2. Habillement	<input type="checkbox"/>	11. Conduite (capacité relationnelle)	<input type="checkbox"/>
3. Hygiène (se laver correctement)	<input type="checkbox"/>	12. Conduite (comportements autodestructeurs)	<input type="checkbox"/>
4. Hygiène (entretenir sa personne)	<input type="checkbox"/>	13. Intégration	<input type="checkbox"/>
5. Élimination	<input type="checkbox"/>	14. Vie autonome	<input type="checkbox"/>
6. Mobilité (transferts)	<input type="checkbox"/>	15. Physique (médicaments)	<input type="checkbox"/>
7. Mobilité (déplacements)	<input type="checkbox"/>	16. Physique (soins)	<input type="checkbox"/>
8. Mobilité (escaliers)	<input type="checkbox"/>	17. Rendez-vous	<input type="checkbox"/>
9. Conduite (impulsions)	<input type="checkbox"/>		
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.ca Caroline Goupil : 500, boul. des Laurentides, suite 241, Saint-Jérôme, J7Z 4M2
DI-TSA-DP	mah.ditsadp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca Josée Lamarche : 500, boul. des Laurentides, suite 252, Saint-Jérôme, J7Z 4M2
Santé mentale	hebergement.sante.mentale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca Kristine 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 <input type="checkbox"/> Non-recevable <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Aucune modification <input type="checkbox"/>
Détail des recommandations :	

DÉCISION PAR LE GESTIONNAIRE RESPONSABLE	
Nom de la personne désignée	
Décision finale	Modification de la classification <input type="checkbox"/> Statu quo <input type="checkbox"/>
Décision transmise à la ressource le	(jj/mm/aaaa)

Nom du gestionnaire	Signature	Date
---------------------	-----------	------