

Date de la demande : _____

Identification de la ressource

Nom de la ressource : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Identification de l'utilisateur

Nom de la personne : _____

Date de naissance : _____

Nom de l'intervenant de l'utilisateur : _____

Nom de l'intervenant ressource : _____

Date de réception de l'instrument : _____

Précisez les motifs de la demande, cochez :

Descripteurs

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Alimentation | <input type="checkbox"/> 7-Mobilité (Déplacements) | <input type="checkbox"/> 13-Intégration |
| <input type="checkbox"/> 2-Habillement | <input type="checkbox"/> 8-Mobilité (Escaliers) | <input type="checkbox"/> 14- Vie autonome |
| <input type="checkbox"/> 3-Hygiène
(Médicaments) | <input type="checkbox"/> 9-Conduite (Impulsions) | <input type="checkbox"/> 15-Physique |
| <input type="checkbox"/> 4-Hygiène (suite) | <input type="checkbox"/> 10- Conduite (Émotions) | <input type="checkbox"/> 16-Physique (Soins) |
| <input type="checkbox"/> 5-Élimination | <input type="checkbox"/> 11-Conduite (Capacité relationnelle) | <input type="checkbox"/> 17- Rendez-vous |
| <input type="checkbox"/> 6-Mobilité (transferts) | <input type="checkbox"/> 12- Conduite (Comportements autodestructeurs) | |

Informations complémentaires (joindre une feuille supplémentaire ou autre document jugé pertinent au besoin) : _____

Signature de la ressource

Date

Décision du Chef RTF (Ressources de type familiales)

Rejet de la demande Analyse de la demande faite par : _____

Recommandations : _____

Signature du cadre

Date

Faites parvenir votre demande au :

CISSS de Chaudière-Appalaches, programme jeunesse
Mécanisme d'examen de l'instrument de classification
au service ressources par télécopieur : 418 838-8860