

DEMANDE DE DÉPLACEMENT D'UN USAGER

1 À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE RESSOURCE

Nom de la ressource : _____

N° _____

Date

Initiales de l'utilisateur : _____

N° _____

ASSOCIATION REPRÉSENTATIVE

- ADREQ-CSD
- FSSS-CSN

MOTIF DE LA DEMANDE

- a) Lorsque la ressource a des motifs raisonnables de croire que l'utilisateur l'expose ou expose d'autres personnes vivant dans la ressource à un (ou des) danger(s) pour leur santé, sécurité ou intégrité physique ou psychologique.
- b) Lorsque la ressource ne s'estime pas ou plus en mesure de fournir les services requis pour la condition de l'utilisateur faisant l'objet de la demande;
- c) Lorsque la ressource considère que les services à rendre à un usager sont inconciliables avec ceux qu'elle doit rendre aux autres usagers selon leur instrument de détermination de classification respectif.
(Ressource représentée par la FSSS-CSN)

OU

- c) Lorsque la ressource considère que la présence d'un usager ou les services à lui rendre pourraient compromettre les services à rendre à un autre usager, prévu à l'instrument de ce dernier.
(Ressource représentée par l'ADREQ-CSD)
- d) Autres motifs à préciser, par exemple : non renouvellement, retraite, etc.
Précisez le motif :

Motifs détaillés de la demande de déplacement :

Signature :

x

2 À REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE RI-RTF

Quelles sont les mesures mises en place par l'équipe clinique? :

Quelles devraient être les mesures mises en place? :

Signature Intervenant	x	Signature Chef de service	x
--------------------------	---	------------------------------	---

3 À REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE RI-RTF

Est-ce que les raisons invoquées sont cohérentes avec les ententes collectives :

Oui Non

Commentaires :

Signature :	x	Date :	
-------------	---	--------	--

DÉCISION

Acceptée Refusée Autre : _____

Commentaires :

Si le déplacement est jugé nécessaire, quelles sont les mesures d'aide, d'appui et d'accompagnement mises en place en attendant le déplacement :

x

Signature chef de service RNI

Date