

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MSSAE

Mesure reliée aux services de soutien ou d'assistance exceptionnels

- Date à laquelle l'établissement fait la demande de MSSAE
-
- Date à laquelle la ressource s'est adressée à l'établissement pour faire une demande de MSSAE

A – IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Région :

B – IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE

Identifiant unique (ID) de l'installation :

Nom de la ressource :

Association représentative :

Nombre de places reconnues : Nombre de places occupées :

Base de données de l'établissement à laquelle est rattachée cette ressource :

C – IDENTIFICATION DE L'USAGER

N° d'utilisateur :

Identifiant (ID) de l'utilisateur :

Date de naissance : Âge :

Problématique principale :

Diagnostic(s) associé(s) :

Date de début du placement dans cette ressource :

Type de placement : Régulier Intermittent

Date de début de la classification active :

D – CRITÈRE DE RECEVABILITÉ (COCHEZ UN SEUL CRITÈRE PAR DEMANDE)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Service « un pour un » d'une durée de 12 heures et plus par jour <input type="checkbox"/> <p><i>Un service à rendre à un usager dont l'intensité de la problématique physique ou comportementale exige la présence d'une personne. (Critère 1)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Service « deux pour un » d'une durée de 12 heures et plus par jour <input type="checkbox"/> <p><i>Un service à rendre à un usager dont l'intensité de la problématique physique ou comportementale exige la présence de deux personnes. (Critère 2)</i></p> |
|---|--|

E – QUELLE EST LA DURÉE DEMANDÉE DE LA MSSAE?

* Ne peut excéder la date de la révision de l'Instrument

Date du début : Date de fin :

F – DOCUMENTS À FOURNIR

Documents à fournir obligatoirement

- L'instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance de l'utilisateur à jour, incluant dans les précisions le temps et la fréquence par période de 24 heures.
- Le plan d'intervention de l'utilisateur incluant la dernière révision

Documents complémentaires

Cocher les documents joints – Tous les documents doivent être SIGNÉS et DATÉS

- Grille d'évaluation de l'enfant Nisonger (GECEN)
- Évaluation multimodale permettant de cibler les éléments déclencheurs de TGC
- Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques (EGCP)
- Plan d'action TGC ou protocole de gestion du comportement
- Protocole de désescalade
- Protocole de mesure de contrôle
- Plan de traitement
- Plan de soins
- Ordonnance de cour
- Ordonnance de traitement
- Tout autre document pertinent

G – AUTRES DEMANDES DE MSSAE POUR L'USAGER

- S'agit-il d'une PREMIÈRE demande de MSSAE concernant cet usager? OUI NON

Si **NON**, cochez une des réponses suivantes :

- une MSSAE est active pour ce même critère. Date de fin :
- une MSSAE a déjà été accordée pour ce même critère dans le passé.
- une MSSAE a déjà été accordée concernant cet usager alors qu'il était hébergé dans une autre ressource.

- Est-ce que des RQS sont en cours pour cet usager? OUI NON

Si **OUI**, indiquez leur date de fin respective :

Sous quel critère sont-elles accordées :

* À noter qu'à la date de début de la MSSAE demandée, le versement de la RQS active correspondant prendra fin.

- Est-ce que l'établissement compense financièrement la ressource pour ce service? OUI NON

L'établissement atteste mettre fin à toute forme de financement supplémentaire à partir de budget hors ententes, le cas échéant.

H – EST-CE QUE DES MSSAE ONT DÉJÀ ÉTÉ ACCORDÉES POUR D'AUTRES USAGERS HÉBERGÉS DANS LA RESSOURCE?

OUI NON

Si oui, pour quel(s) critère(s) et motif(s) :

I – PERSONNE DÉSIGNÉE PAR L'ÉTABLISSEMENT

Date :

Nom :

Téléphone :

Fonction :