

FORMULAIRE DE DEMANDE 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 :	Sélectionnez votre 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 ☐ <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 ☐ <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, selon pertinence

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

- ☐ Évaluation multimodale permettant de cibler les éléments déclencheurs de TGC
- ☐ Grille d'évaluation *Developmental Behaviour Checklist* (DBC)
- ☐ 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 ou Plan de traitement infirmier (PTI)
- ☐ Ordonnance de la Cour
- ☐ Tout autre document pertinent (programmation quotidienne, rapport des professionnels de la santé et de la réadaptation, PSI)

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? Si oui, nous transmettre les montants mensuels des six derniers mois. ☐ OUI ☐ NON

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

☐

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 :

Poste :

Fonction :