|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo établissement | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |
| Date de naissance: |  |
| **PLAN D'INTERVENTION****DE RÉTABLISSEMENT ET DE RÉADAPTATION****SI-SIV** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROJET DE VIE (aspirations, rêves) :** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **CGP = résultats découlant de la collecte de données globale de la personne** |
| **CATÉGORIES CGP** | **BESOINS DE LA PERSONNE** | **FORCES** |
| 1. Milieu de vie (AVD, AVQ) |  |  |
| 2. Occupations (loisirs, travail, études) |  |  |
| 3. Réseau social |  |  |
| 4. Santé physique |  |  |
| 5. Santé mentale |  |  |
| 6. Toxicomanie |  |  |
| 7. Fonctions cognitives |  |  |
| 8. Gestion financièreet aspects légaux |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |
| **PLAN D'INTERVENTION****DE RÉTABLISSEMENT ET DE RÉADAPTATION****SI-SIV** |
| **CATEGORIES CGP** |
| 1. Milieu de vie (AVD-AVQ)
2. Occupations (loisirs, travail, études)
3. Réseau social
 | 1. Santé physique
2. Santé mentale
3. Toxicomanie
 | 1. Fonctions cognitives
2. Gestion financière et aspect légal
 |
| **CATÉGORIES CGP****TRAVAILLÉES** | **SITUATION ACTUELLE**(satisfactions, insatisfactions, difficultés)Ce qui se passe… | **SITUATION SOUHAITÉE**(aspirations, besoins, objectifs)Ce que je veux… |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |
| **PLAN D'INTERVENTION****DE RÉTABLISSEMENT ET DE RÉADAPTATION****SI-SIV** |
| **STRATÉGIE D'ACTION** |
| **STRATÉGIE D’ACTION (moyens, étapes)**Ce qui peut se faire… | **QUAND**Quand est-ceque cela peutse faire… | **QUI**Qui peut le faire…(Intervenant) | **ÉVALUATION**Résultats de vos efforts…1. Atteints
2. Partiellement atteints
3. Non atteints
4. Modifiés
5. Abandonnés
 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
|  | Nom, prénom: |  |
| **ÉLABORATION ET RÉVISION DU PLAN** |
| [ ]  Plan de rétablissement initial | [ ]  Plan de rétablissement révisé | [ ]  PSI |  |
| **[ ]  Élaboré** **[ ]  Révisé le :** |  | **par :** |  |
| **Degré d'implication de la personne dans le développement de ce plan :** [ ]  Entièrement [ ]  Moyennement |
| [ ]  Un peu [ ]  Aucunement Si non (raison) : |
| Médecin informé : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
| Copie du plan fournie à la personne : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
| Copie du plan fournie au Curateur public : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
|  | **Nom des personnes impliquées** |  | **Lien** |  | **Téléphone** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Date : |  | Signature : |  |  |
|  |
| [ ]  Plan de rétablissement révisé | [ ]  PSI |
| **[ ]  Élaboré [ ]  Révisé le :** |  | **par :** |  |  |
| **Degré d'implication de la personne dans le développement de ce plan :** [ ]  Entièrement [ ]  Moyennement |
| [ ]  Un peu [ ]  Aucunement Si non (raison) : |
| Médecin informé : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
| Copie du plan fournie à la personne : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
| Copie du plan fournie au Curateur public : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
|  | **Nom des personnes impliquées** |  | **Lien** |  | **Téléphone** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Date : |  | Signature : |  |  |
|  |
| [ ]  Plan de rétablissement révisé | [ ]  PSI |
| **[ ]  Élaboré [ ]  Révisé le :** |  | **par :** |  |  |
| **Degré d'implication de la personne dans le développement de ce plan :** [ ]  Entièrement [ ]  Moyennement |
| [ ]  Un peu [ ]  Aucunement Si non (raison) : |
| Médecin informé : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
| Copie du plan fournie à la personne : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
| Copie du plan fournie au Curateur public : [ ]  Oui [ ]  Non (raison) : |
|  | **Nom des personnes impliquées** |  | **Lien** |  | **Téléphone** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Date : |  | Signature : |  |