|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 financière  et 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-ce  que cela peut  se 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 : | | |  | | | | | | | |