| **APPROCHE V1SAGES ©**  **Plan de services individualisé (PSI)**  **ou**  **Plan d’intervention interdisciplinaire (PII)** | | | No dossier :  Nom, prénom :  Date de naissance :  NAM : | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| Date de la rencontre initiale (aa/ms/jr) : | | | | | | |
| Fondé sur le partenariat avec la personne, le *« Plan de services individualisé (PSI) »* et le *« Plan d’intervention interdisciplinaire (PII) »* sont une démarche d’organisation des services qui vise à assurer, à la fois, la continuité, la complémentarité et la qualité des services en réponse à ses besoins complexes.  Le PSI et le PII sont utiles d’abord à la personne (usager), car ils favorisent l’expression de ses besoins et attentes. Ils suscitent sa participation, sa responsabilisation et facilitent l’accès aux soins et services requis par celui-ci. L’engagement mutuel entre l’usager et ses dispensateurs de soins et services est ainsi concerté par une entente formalisée | | | | | | |
| **NOM DES PARTICIPANTS AU PII OU PSI** | | | | | | |
| Noms/organisations | | Noms/organisations | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| **SITUATION BIOPSYCHOSOCIALE DE LA PERSONNE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **PROJET DE VIE DE LA PERSONNE (projets, attentes et besoins prioritaires)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **PLAN DE SERVICES SELON LES BESOINS DE LA PERSONNE**  **(santé physique, santé mentale, sociale, familiale, ressources résidentielles, etc.)** | | | | | |
| Objectif | Moyen | | | Personne responsable et nom de l’établissement | Échéancier |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| **ORIENTATION CLINIQUE PRIORITAIRE** | | | | | |
|  | | | | | |
| **PLAN POUR L’URGENCE, SI BESOIN**  **(notez que ces recommandations sont à titre de suggestion et que seulement votre évaluation demeure la priorité pour les interventions et les conduites à tenir au moment jugé opportun)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **RÉVISION DU PSI OU DU PII** | | | | | |
| Date de la révision prévue : | | | | | |
| **GESTIONNAIRE DE CAS OU INTERVENANT-PIVOT** | | | | | |
| Nom :  Coordonnées :  Date : | | | | | |

Mai 2022