**La personne et les intervenants**

**La personne**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identité** | | | | **Référent de la mise en œuvre :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Profession / Structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Si médical : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  N°RPPS ou à défaut n°ADELI : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél / E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Numéro du PPCS :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom marital :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Nom de jeune fille :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Nom d’usage :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Âge :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | **Contexte de la démarche PPCS :** (évènement qui a conduit à l’élaboration du PPCS, de qui vient la demande / le repérage initial, quels éléments spécifiques sont à prendre en compte ? etc. | |
| **Lieu de naissance :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Sexe :** M  F | |
| **Informations sur la personne** (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d’informations) | | | | | |
| **Non-opposition à l’échange ou au traitement d’informations** Oui  Non  Orale  Écrite  Si non, raison de l’opposition à l’échange :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Non-opposition de la personne  ou de son entourage  Personne à l’origine du recueil : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel**: Oui  Non | | | | | |
| **Adresse de la personne** (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |
| **Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | **Adresse de messagerie :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Situation de la personne** :  célibataire  marié(e)  pacsé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  mineur  mineur placé  mineur étranger non accompagné  jeune majeur  mineur émancipé | | | | | |
| **Nombre d’enfants :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Coordonnées des enfants si besoin :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  A proximité  A distance | | | | | |
| **Si personne mineure** | | | Résidence alternée : Oui  Non  2ème adresse : | | |
| Parents divorcés : Oui  Non  Autorité parentale | | |
| **Aidant principal** (identité et coordonnées) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Nature du lien avec l’aidant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Référents familiaux / amicaux** (identité(s) et coordonnées)  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nature du lien avec le référent : familial  amical | **Personne de confiance :** Oui  Non  Date de réception de l’information : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Recherche d’hébergement en cours**  Oui  Non  **Hébergement actuel** Propriétaire  Locataire  Hébergé  **Accessibilité à l’hébergement** Étage  Ascenseur  Autre renseignement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Existence d’une problématique avec le logement :**  Accessibilité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Caractère adapté : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Aménagement (WC, salle de bains, autre) : Matériel en place (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **Statut professionnel** : Salarié  Sans emploi  Étudiant  Retraité  Autre | |
| **Si mineur : scolarité**  **Filière** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**:** classe ordinaire  classe aménagée  classe spécialisée  **Type d’établissement** public  privé  **Année scolaire** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Niveau scolaire** (de la petite section à a terminale) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Redoublement** Oui  Non  **PPRE** Oui  Non  **PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire** Oui  Non | |
| **Droits ouverts**  **N° de sécurité sociale (de rattachement si mineur) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Caisse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Régime/Caisse d’affiliation :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Mutuelle/CMUC/AME :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **CAF :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Caisse de retraite principale :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Caisse de retraite complémentaire** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **ALD** Oui  Non  En cours  Si oui nombre ALD Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **APA** Oui  Non  En cours  Si oui Classe GIR 1  2  3  4  5  6  Si oui plan d’aide en place (nombre d’heures) Mode mandataire prestataire  **APL** Oui  Non  **RSA** Oui  Non  **Aide sociale** Oui  Non  **Autre aide et/ou autre ressources** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Pension**   **Pension de réversion**   **ASPA**  **Droits à compensation MDA/MDPH** Oui  Non Période d’attribution : du Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  AAH Oui  Non  RQTH Oui  Non  Taux d’incapacité <50%  50-79%  >=80%  Carte mobilité pour l’invalidité Oui  Non  Carte mobilité pour le stationnement Oui  Non  ACTP Oui  Non  ACFP Oui  Non  PCH Oui  Non  si oui date d’ouverture des droits Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. AEEH Oui  Non  *PPS* *Oui  Non*  AVS/AESH Individuelle  Mutualisée  Refusée  Non  Matériel Pédagogique Adapté Attribué  Notifié  Refusé  Non  SESSAD/SEFFS En place  Notifié  (date : ) Refusé  Non  Orientation (ULIS, SEGPA) En cours  Notifiée  (date : ) Refusée  Non  Autres droits MDPH/MDA : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Protection juridique** Oui  Non  Dossier en cours d’instruction  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Habilitation familiale  Habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?  Autre mesure MAJ  MASP  Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Si mineur mesure de protection de l’enfance ADE  AEMO  Placement | |
| **Directives anticipées** Oui  Non  Date de signature Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Lieu de conservation des directives anticipées Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

**Les intervenants**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acteurs du parcours**  **(professionnels / aidants)²** | **Nom/Prénom du**  **Professionnel ou nom**  **de l’organisme** | **Téléphone**  **E-mail** | **Participation à l’élaboration du PPCS (Oui/Non)** | **Avant élaboration du PPCS :**  **Nature de l’intervention**  **Jours/horaires/fréquence de passage** |
| *Médecin traitant* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Infirmier(s) (Idel, Idec de SSIAD)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Pharmacien* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Kinésithérapeute* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Ergothérapeute* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Autre médecin spécialiste* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Travailleur social* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Chef de service social* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Coordonnateur de la CPTS* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Dispositif d’Appui à la Coordination* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Aidant* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *ESSMS* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Aides à domicile (SAAD ; auxiliaires de vie)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Éducateur spécialisé…* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Établissement de soins de référence* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Médecin du travail/service santé travail…* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Autres* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| *Autres* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Oui  Non | Jours / horaires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fréquence de passage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

² *Le référent du PPCS est l’un des intervenants participant à l’élaboration du PPCS*

**Recueil d’informations auprès de la personne et de son entourage**

|  |  |
| --- | --- |
| **La personne** | |
| **Attentes exprimées par la personne3** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Priorité actuelle la personne** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **L’entourage** | |
| **Attentes exprimées par l’entourage4** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

3 Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

4 Préciser s’il s’agit de l’aidant familial, du référent familial, etc…

**Problématique et projets de la personne**

**Propos et souhaits de la personne5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Besoins exprimés** | **Problèmes ressentis** | **Projets personnels envisagés** |
| 1. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  2. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  3. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | 1. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  2. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  3. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | 1. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  2. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  3. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Problématiques et projets relevés par les professionnels**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Besoins non couverts** | **Problèmes non résolus** | **Projets personnels nécessitant un**  **accompagnement** |
| **= Problématiques** | |
| 1. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  2. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  3. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | 1. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  2. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  3. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | 1. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  2. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  3. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

5 Dans les différents domaines : santé, physique et mentale (dont antécédents, diagnostic de maladie, histoire de la maladie, nature du handicap), parcours éducatif, scolaire, professionnel et/ou formation professionnelle, environnement (accessibilité, voisinage, animal de compagnie), ressources financières, activités culturelles et de loisirs, interactions sociales, forces perçues par la personne, difficultés ressenties par la personne, autre domaine, etc.).

**Priorisation des actions envisagées avec la personne**

**Lors de l’organisation de la réponse à chaque problème ou besoin non couvert de la personne, les trois types d’actions suivant sont systématiquement envisagés :**

1. d’abord, les actions de prévention (éducation à la santé/éducation thérapeutique du patient)
2. ensuite, les actions de réadaptation/rééducation
3. enfin, les actions de compensation (humaines, techniques ou financières

**A lire avant d’agir !**

**Noter ici tout élément contextuel indispensable à connaître avant de poursuivre l’élaboration du PPCS**

**Exemples**:

* *Monsieur n’ouvre pas la porte*
* Le concierge possède la clé
* *Madame n’ouvre pas facilement sa porte – elle est souvent sortie*
* Appeler la voisine d’abord pour être sûr que Madame soit à la maison
* *Monsieur peut avoir un comportement hétéro-agressif*
* Le laisser prendre son chat avec lui avant toute conversation ou action
* *Monsieur a toujours travaillé la nuit, il se couche à 2 heures du matin et se lève à midi*
* Ne pas prévoir d’intervention avant 13 heures
* *La famille a du mal à gérer les accompagnements en dehors des heures de scolarisation*
* Prévoir certaines interventions dans le lieu de scolarité ou hors temps scolaire
* *X a de grandes difficultés à s’adapter à de nouvelles personnes et de nouveaux lieux*
* Prévoir un temps d’adaptation en présence de ses parents

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan de soins**  **Volet sanitaire**  (fait suite à la concertation sur les actions médicales) | | | | | | |
| **Objectifs partagés** | **Libellé des actions** | **Intervenants** | **Précisions sur les interventions** | **Critères d’atteinte des objectifs** | **Bilan d’étape**  **Date : / /**  **Évaluation des résultats** | **Atteintes des objectifs ?** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan d’aides**  **Volet social**  (fait suite à la concertation sur les actions de compensation (humaines, techniques ou financières))) | | | | | | |
| **Objectifs partagés** | **Libellé des actions** | **Intervenants** | **Précisions sur les interventions** | **Critères d’atteinte des objectifs** | **Bilan d’étape**  **Date : / /**  **Évaluation des résultats** | **Atteintes des objectifs ?** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan d’accompagnement**  **Volet médicosocial**  (fait suite à la concertation sur l’accompagnement du projet personnalisé de la personne) | | | | | | |
| **Objectifs partagés** | **Libellé des actions** | **Intervenants** | **Précisions sur les interventions** | **Critères d’atteinte des objectifs** | **Bilan d’étape**  **Date : / /**  **Évaluation des résultats** | **Atteintes des objectifs ?** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)**

Dater les points d’étape

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nature de l’objectif** | **Cause de l’écart** | **Actions à entreprendre en vue d’assurer une atteinte**  **complète de l’objectif formalisé** | **Délai de réévaluation** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Délai de réflexion de la personne | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Non-convergence de points de vue entre les besoins identifiés par les professionnels à un instant, et ceux ressentis par la personne ou par son entourage | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Attente suite à démarches | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Absence de consensus entre professionnels | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Autres | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Autres | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Autres | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |