**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. |