

**Plan de Services individualisé**

*Les informations contenues dans le PSI sont couvertes par le secret professionnel. Le partage d'informations est nécessité par la seule poursuite des objectifs élaborés dans celui-ci*

DATE :

**Identité de l'utilisateur:** (\* voir bas de page)

Nom, prénom :

Date de naissance :

Représentants légaux :

Référent PSI :

*(convoque et anime la réunion, rédige le PSI)*

Date 1<sup>er</sup> PSI :

**Identification des services et des personnes concernées (y compris l'utilisateur et les proches) :**

Dénomination	Personne de contact et fonction	Adresse de contact du service	Téléphone/mail	Disponibilités	Présent

**1. DESCRIPTION DE LA SITUATION ET DES FACTEURS CONSTITUTIFS (état des lieux pragmatique - points positifs et négatifs - sans élément de type diagnostic médical)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. FINALITÉ (résultats attendus de l'intervention commune, envisagés sur le long terme)**

- amélioration de la sante
- insertion sociale
- insertion a caractere professionnel
- autre : .....

**3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX (en regard avec les facteurs constitutifs et déclinables en objectifs intermédiaires)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* La gestion de la confidentialité concernant l'identité de l'utilisateur incombe à chaque service partenaire

4. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

Objectifs (définir sous forme d'un comportement attendu de l'utilisateur)	Ressources	Echéance de réévaluation	Evaluation des objectifs <sup>1</sup>	Commentaires

4bis. Dispositions en cas de crise :

5. PROCHAIN P.S.I. : .....

<sup>1</sup> Pas d'application lors du premier remplissage