



AVANT DE DÉMARRER UN PAI

Seuls l'utilisateur et l'initiateur du PAI sont en possession de ce document

DONNÉES D'IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom :

Adresse du domicile :

Lieu de résidence actuel :

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE L'USAGER

Je suis informé qu'une concertation s'organise entre des partenaires psycho-médico-sociaux et des professionnels de mon choix, une personne de confiance, mon entourage et moi-même, pour faciliter la mise en place de mon projet.



Je donne mon accord pour que cette concertation se mette en place et qu'un échange d'informations nécessaires à l'amélioration de ma situation puisse avoir lieu. Les participants s'engagent à respecter les règles en matière de protection de données.

Je pourrai aussi renoncer à cette modalité d'aide en le signalant simplement au Référent.

Nom de l'Usager :

Date :

Signature de l'utilisateur (ou de sa personne de confiance) :



CONVOCAATION AU PAI

A compléter par l'utilisateur et l'initiateur du PAI et à envoyer aux personnes invitées

La concertation aura lieu le de à

Lieu : Identification de l'utilisateur :

Référent du PAI :

BESOINS IDENTIFIÉS PAR L'USAGER



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

OBJECTIF DE LA CONCERTATION

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

LISTE DES PERSONNES INVITEES

NOM, PRENOM

SERVICE

COORDONNEES



LA RÉUNION DU PAI

Une copie de ce document complété sera envoyée à l'ensemble des participants

Réunion N° du: (date)

Identification de l'utilisateur :

PERSONNES PRÉSENTES :

ROLE(S)

NOM, PRENOM

SERVICE

SIGNATURE

LE POINT DE VUE DE L'USAGER SUR L'OBJECTIF DE LA CONCERTATION :



.....

.....

.....



PLAN DE PRISE EN CHARGE



Objectifs	Actions	Qui?	Échéances	Etat d'avancement ¹

¹ A compléter lors de la réunion suivante

Objectifs	Actions	Qui?	Échéances	Etat d'avancement

POINT DE VUE DE L'USAGER AU TERME DE LA CONCERTATION :

.....

.....

.....

La prochaine concertation aura lieu le De à Lieu :

Référent (si différent) :