



PÔLE DE SANTÉ MENTALE
LA CONFLUENCE

ENR-044-MED—V5

PROJET PERSONNALISE CONTRACTUALISATION

Etiquette

Chambre, N° de Dossier/IPP

Annexe N° au Contrat de Séjour de Melle, Mme ou M.....

Éléments de contexte.

Suite à votre admission dans notre établissement, vous nous avez exprimé vos souhaits et vos besoins. A partir des informations que vous nous avez transmises, notre équipe pluridisciplinaire a établi avec vous, vos proches ou la personne de confiance que vous nous avez désignés, votre médecin référent, un bilan portant sur vos habitudes de vie, votre état de santé. Nous avons porté à votre connaissance cette évaluation, avec les risques que nous avons pu identifier ainsi que les modalités de votre accompagnement par les professionnels.

Mise en œuvre du Projet personnalisé

Ce projet, validé par le présent document, va donner lieu à un accompagnement individualisé, permettant d'adapter, au mieux, la prise en charge qui vous est proposée tout au long de votre séjour dans notre établissement.

Evaluation.

Cette démarche d'évaluation complète sera renouvelée au moins une fois par an, ou en cas d'évolution de votre état de santé, à votre demande ou de notre propre initiative. Cela permettra de vérifier ensemble que l'accompagnement que nous vous proposons correspond toujours à ce que vous souhaitez.

La date prévisionnelle de notre prochaine rencontre aura lieu au cours du mois de 20...

Communication et Confidentialité.

Nous vous avons présenté en réunion ce bilan partagé. Il est consultable au sein de l'établissement sur simple demande auprès du Médecin ou du responsable de service. Les informations que vous nous avez indiquées seront toujours archivées dans votre dossier médical. Son contenu est utilisé en réunion de synthèse pluridisciplinaire, pour définir, mettre en œuvre et évaluer les accompagnements dont vous avez besoin. Il pourra toujours être communiqué à une personne de votre entourage ou votre personne de confiance, si vous le souhaitez.

Je donne mon autorisation à la communication des informations de ce bilan à une personne de mon entourage ou à ma personne de confiance : (Nom, prénom)

-
-

Fait à , le

Le patient/ résident*

Mme, Mlle, M

.....

Le représentant légal *

Mme, Mlle, M.....

Les référents:

Mme, Mlle, M.....

En qualité de

Mme, Mlle, M.....

En qualité de

En trois exemplaires (Résident- Représentant-Dossier)

Signature Encadrement et Cachet de l'établissement :

**Mention « lu et approuvé »*