

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance, âge : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, .....

Date d'entrée : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Date du dernier projet de vie personnalisé : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**1- Résultats des objectifs et des actions posés lors du précédent projet de vie personnalisé.**

(Tableau page suivante, IDEC pour action IDE, AS/AMP, pour les autres professionnels chaque professionnel concerné).

**2-**

Recueil des souhaits du résident et/ou des aidants (référent) :

**3-**

Description des relations instaurées entre le résident, les aidants et les professionnels de l'établissement (synthèse au cours de la réunion) :

**FIHES ACTIONS : Nom :**.....

**Prénom :**.....

**Date de naissance :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	Propositions d'objectifs	Actions programmées	Résultats
Cadre de vie du résident	1 : 2 : 3 :		
Autonomie et sécurité du résident	1 : 2 : 3 :		
Autonomie relationnelle (Famille- Amis)	1 : 2 : 3 :		
Suivi médical du résident	1 : 2 : 3 :		
Soutien psychologique	1 : 2 : 3 :		
PASA	1 : 2 : 3 :		
Proposition d'animations	1 : 2 : 3 :		

4-

Evènements personnels, familiaux survenus depuis le dernier projet (référent) :

5-

Evolution clinique depuis le dernier projet (IDE en lien avec le médecin référent du résident) :

**6-Fiche pictographique d'autonomie :**

**7- Fiche Synthèse des éléments médicaux du suivi institutionnel, médecin coordonnateur :**

**8- Fiche traitement :**

9- Compte-Rendu prise en charge par kinésithérapeute :

10- Compte-rendu prise en charge par psychologue :

11- Suivi PASA :

**12- Fiche synthèse animation :**

**Nom et prénom du résident :** .....

**Date du PVI :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**Le résident participe-t-il aux animations ?**

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? .....  
.....  
.....

**Le résident est-il :**

- Demandeur ?
- Faut-il le solliciter à chaque fois ?

**Quelle(s) activité(s)intéresse(nt) le résident ?**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Y-a-t-il des difficultés repérées (compréhension, comportement, mobilité, praxie...)?**

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



**Quel est le ressenti du résident par rapport aux animations ?**

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

**Comment se comporte le résident en groupe ?**

- Participatif
- Motive le groupe
- Réservé (en retrait)
- Présente des troubles du comportement inhabituel
- Accentuation des troubles du comportement
- Intrusif avec les autres résidents
- Autre .....

**Proposition(s) d'activité(s) par l'animatrice**

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

**Commentaire(s) divers par l'animatrice**

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

<p><b>Nom :</b> <b>Fonction :</b> <b>Visa :</b></p>	<p><b>Rédacteur</b> Dr Pinganaud Médecin coordonnateur</p>	<p><b>Validation</b> Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p><b>Conformité à la gestion qualité</b> Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
---	--	---	--