



Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, prénom de la mère : _____

SERVICES DE PSYCHOÉDUCATION PLAN D'ACTION

OBJECTIFS GÉNÉRAUX D'INTERVENTION	
☐ Gestion des comportements agressifs	☐ Amélioration des habiletés de communication
☐ Gestion du stress et de l'anxiété	☐ Développer de saines habitudes de vie
☐ Gestion / régulation des émotions	☐ Faciliter l'adaptation au contexte d'hospitalisation
☐ Gestion des symptômes et affects dépressifs	☐ Stratégies pour mobiliser attention / concentration
☐ Gestion des défis liés à la relocalisation (hébergement)	☐ Stratégies pour contrer le déconditionnement
☐ Gestion d'une problématique d'une dépendance	☐ Stratégies pour faire face à situation difficile (ex. : deuil)
☐ Augmentation de la bienveillance envers soi	☐ Stratégies de résolution de problème
☐ Amélioration des relations interpersonnelles	☐ Autre :

FACTEURS INDIVIDUELS	
Facteurs de protection et de résilience	Facteurs de vulnérabilité
☐ Bonne hygiène de vie	☐ Difficultés reliés à la santé mentale
☐ Autonome	☐ Délirium, idées délirantes, hallucination
☐ Estime / confiance et affirmation de soi positive	☐ Trouble neurocognitif (incluant SCPD)
☐ Capacité d'introspection	☐ Résistance aux soins
☐ Capacité d'expression orale (intelligible)	☐ Affects dépressifs
☐ Capacité d'expression écrite (compréhensible)	☐ Impulsivité / agressivité
☐ Capacité à demander de l'aide	☐ En perte de sens (perte du goût de vivre)
☐ Capacité à entrer en relation	☐ Perte d'autonomie récente ou autres pertes (incluant deuil)
☐ Capacité à se situer dans la réalité (cohérence)	☐ Trouble de l'audition / Trouble de la vision
☐ Capacité à se situer dans le temps et l'espace	☐ Errance
☐ Présence d'intérêts (loisirs, activités)	☐ Historique de consommation
☐ Autre :	☐ Désinhibition sexuelle
	☐ Autre :

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	
Facteurs de protection	Facteurs de risque
☐ Réseau social soutenant et présent	☐ Isolement / faible réseau de soutien
☐ Stabilité sociale	☐ Problématique d'ordre légale ou judiciaire
☐ Stabilité financière	☐ Précarité financière
☐ Stabilité au niveau de l'hébergement	☐ Problématique de logement
☐ Autre :	☐ Accès difficile aux soins et services de santé
	☐ Autre :

Nom, Prénom :

Dossier :

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES D'INTERVENTION

CONSENTEMENT

- ☐ Le plan d'action a été discuté avec l'utilisateur ou son représentant légal.
- ☐ Consentement **obtenu** de l'utilisateur ou son représentant légal pour le plan d'action ci-haut.
- ☐ Consentement **non-obtenu** de l'utilisateur ou son représentant légal pour le plan d'action ci-haut.

Signature de l'intervenant :

Date :

aaaa-mm-jj