

PLAN D'INTERVENTION RESSOURCES (PIR)

IDENTIFICATION	
Nom de la personne	
Date de naissance	
Diagnostic	
Source du diagnostic	
Nom du ou de la responsable de la ressource	
Date	

SERVICES ATTENDUS EN LIEN AVEC LE PROJET DE LA PERSONNE

ASPECT SANTÉ	
CARACTÉRISTIQUES (DÉSIRS, GOÛTS, FORCES, HABILITÉS, INTÉRÊTS)	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS
Inscrire dans la colonne de droite les services spécifiques attendus et l'encadrement requis suivant les caractéristiques décrites. Ceci en conformité avec les responsabilités de la ressource inscrites au contrat. Certaines sections du formulaire peuvent ne pas être utilisées, si la personne ne présente pas de particularités ou s'il n'y a pas de services spécifiques attendus de la part de la ressource.	
❖ PROBLÈMES DE SANTÉ	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ RENDEZ-VOUS MÉDICAUX	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ MÉDICATION ET POSOLOGIE	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

❖ ALLERGIES : MÉDICALES ET ALIMENTAIRES	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ASPECT SENSORIEL	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

ASPECTS PHYSIQUES	
(S'IL Y A LIEU, PRÉCISER LES IMPACTS SIGNIFICATIFS SUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE)	
CARACTÉRISTIQUES (DÉSIRS, GOÛTS, FORCES, HABILITÉS, INTÉRÊTS)	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS

Inscrire dans la colonne de droite les services spécifiques attendus et l'encadrement requis suivant les caractéristiques décrites. Ceci en conformité avec les responsabilités de la ressource inscrites au contrat. Certaines sections du formulaire peuvent ne pas être utilisées, si la personne ne présente pas de particularités ou s'il n'y a pas de services spécifiques attendus de la part de la ressource.

❖ ALIMENTATION (Goût, fonctionnement, propreté, diète, gavage)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ HYGIÈNE (Bain, dents, cheveux, barbe, soins corporels, menstruations, manucure, pédicure, etc.)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ÉLIMINATION (Incontinence vésicale, fécale, sonde)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ SOMMEIL	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

❖ MOBILITÉ (Endurance, escaliers, soutien technique, déplacements, transport)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ HABILLEMENT (Choix des vêtements, se vêtir, se dévêtir, particularités)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ACTIVITÉS DOMESTIQUES (Faire son lit, participer au ménage, à la vaisselle, au lavage, à la préparation des repas, aux tâches extérieures)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

ASPECTS COGNITIFS

(S'il y a lieu, préciser les impacts significatifs sur les activités de la vie quotidienne)

CARACTÉRISTIQUES (DÉSIRS, GOÛTS, FORCES, HABILÉTÉS, INTÉRÊTS)	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS
---	--

Inscrire dans la colonne de droite les services spécifiques attendus et l'encadrement requis suivant les caractéristiques décrites. Ceci en conformité avec les responsabilités de la ressource inscrites au contrat. Certaines sections du formulaire peuvent ne pas être utilisées, si la personne ne présente pas de particularités ou s'il n'y a pas de services spécifiques attendus de la part de la ressource.

❖ FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ATTENTION	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ JUGEMENT ET COMPRÉHENSION – NOTION DE DANGER, CONSIGNES	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

❖ MÉMOIRE	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ORIENTATION DANS LE TEMPS	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ORIENTATION DANS L'ESPACE	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

ASPECTS RELATIONNELS

CARACTÉRISTIQUES (DÉSIRS, GOÛTS, FORCES, HABILITÉS, INTÉRÊTS)	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS
Inscrire dans la colonne de droite les services spécifiques attendus et l'encadrement requis suivant les caractéristiques décrites. Ceci en conformité avec les responsabilités de la ressource inscrites au contrat. Certaines sections du formulaire peuvent ne pas être utilisées, si la personne ne présente pas de particularités ou s'il n'y a pas de services spécifiques attendus de la part de la ressource.	
❖ COMMUNICATION MODE (verbal, non verbal, moyen compensatoire)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
FAÇON D'EXPRIMER DIFFÉRENTS BESOINS (Attention, faim, malaise, etc.)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

❖ AFFECTIF (Expression des sentiments : joie, peine, colère, tristesse, etc.)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ HABILETÉS SOCIALES (Capacité d'entrer en relation, relations amicales et amoureuses, fonctionnement en groupe, etc.)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ COMPORTEMENT Fréquence, intensité, nature (passif, perturbateur, provocateur, hyperactif, etc.)	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ LIENS AVEC LA FAMILLE	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ VISITE, COURRIER, TÉLÉPHONE	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

VIE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE

CARACTÉRISTIQUES (Désirs, goûts, forces, habiletés, intérêts)	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS
Inscrire dans la colonne de droite les services spécifiques attendus et l'encadrement requis suivant les caractéristiques décrites. Ceci en conformité avec les responsabilités de la ressource inscrites au contrat. Certaines sections du formulaire peuvent ne pas être utilisées, si la personne ne présente pas de particularités ou s'il n'y a pas de services spécifiques attendus de la part de la ressource.	
❖ LIENS AVEC LES PERSONNES SIGNIFICATIVES	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

❖ UTILISATION DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___
❖ ASPECT SPIRITUEL/CULTUREL	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

ASPECTS FINANCIERS

CARACTÉRISTIQUES (Désirs, goûts, forces, habiletés, intérêts)	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS
Inscrire dans la colonne de droite les services spécifiques attendus et l'encadrement requis suivant les caractéristiques décrites. Ceci en conformité avec les responsabilités de la ressource inscrites au contrat. Certaines sections du formulaire peuvent ne pas être utilisées, si la personne ne présente pas de particularités ou s'il n'y a pas de services spécifiques attendus de la part de la ressource.	
❖ BANQUE, ACHAT, UTILISATION DE L'ARGENT	Vérification ___ Assistance ___ Stimulation ___ Contrôle ___ Suppléance ___ Apprentissage ___

ROUTINE DE VIE

ROUTINE DE VIE	SERVICES ATTENDUS ET SOUTIEN REQUIS
❖ Lever	

Heure		

❖ Repas (déjeuner, dîner et souper)

Heure		

❖ Activités (avant-midi, après-midi, soirée)

Heure		

❖ Coucher et sommeil

Heure		

❖ Fin de semaine

Heure		

**ATTENTE DE SOUTIEN DE LA RESSOURCE DE LA PART
DU CR LA MYRIADE**

Attente de soutien

○

Signature de la ressource : _____

Signature de l'intervenant : _____

Date de révision : _____

**ÉVALUATION DU NIVEAU DE SATISFACTION
DE LA RESSOURCE ET DE L'ÉTABLISSEMENT**

**Évaluation du
niveau de satisfac-
tion**

○

Signature de la ressource : _____

Signature de l'intervenant : _____

Date de révision : _____

Révision le 2011-07-05

Q:\DSC\Alain Sauvé\PIR\Présentation - PIR\2011-02-22 ORIGINAL FORMULAIRE pir.doc