

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>				
N° assurance maladie	<input type="text"/>	Personne à prévenir	<input type="text"/>		
Boîte à clés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Vit seul(e)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Protection juridique	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Habilitation familiale
Professionnels référents					
Médecin traitant	<input type="text"/>	Cabinet infirmier	<input type="text"/>	Pharmacie	<input type="text"/>
Kinésithérapeute	<input type="text"/>	Laboratoire	<input type="text"/>	Ambulances	<input type="text"/>
Service d'aides à domicile	<input type="text"/>	Suivi par le DAC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres	<input type="text"/>

Allergie(s)	Antécédent(s)

Traitement(s) <i>joindre une copie de la dernière ordonnance</i>

Transmissions particulières et/ou urgentes

Autonomie	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Semi-Autonome	<input type="checkbox"/> Alité/dépendant	Lever : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Bande de contention : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Aide à la marche : <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	
	Kiné : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Matériel en place : <input type="checkbox"/> Télé alarme <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Autre :	

Communication	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Appareils auditifs
	<input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale	<input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Confusion

Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
-----------------	-----------------------------------	---	--

Alimentation	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Entérale	
	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> SNG	Nombre de calories par jour :
	<input type="checkbox"/> Hachée/mixée	Posée le : / /	Type de poches :
	<input type="checkbox"/> Gélifiée		Heure de pose :
	<input type="checkbox"/> Compléments alimentaires	<input type="checkbox"/> Gastrostomie	Débit :
	<input type="checkbox"/> Régime :	<input type="checkbox"/> Jéjunostomie	
	Prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas		

Elimination urinaire	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent	<input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Sonde vésicale CH :
				Changement le : / /

Transit	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent	<input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Aide à l'élimination :
----------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

Etat cutané	Pansement	<input type="checkbox"/> oui	Localisation :
			Protocole :
	Escarre	<input type="checkbox"/> oui	Localisation :
	Mycose	<input type="checkbox"/> oui	Localisation :

Douleur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Localisation/origine :
----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------