

Nom du résident : .....

Prénom du résident : .....

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

Date	Identification du professionnel	Observation

<u>Nom :</u> <u>Fonction :</u>  <u>Visa :</u>	<u>Rédacteur</u> Dr PINGANAUD, Médecin co.	<u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice	<u>Conformité à la gestion qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité
--	--	--	---