


Nom du résident : .....

Prénom du résident : .....

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

 Situation clinique pouvant correspondre à une prise en charge en EHPAD :

 Oui NonSi oui secteur classique (autonome ou dépendant) secteur protégé

 Réserves à la prise en charge

 Oui Non

Risques : .....

.....

Adaptation de l'environnement : .....

.....

Accompagnement Résident / Entourage : .....

.....

.....

Prise en charge spécifique : .....

.....

 Conclusion

	Avis favorable	Avis défavorable	Date	Signature
Médecin coordonnateur				
IDEc				
Psychologue				

Page 1/1

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