Nom et Prénom du résident : ……

Date du décès : ___/___/_____ Heure du décès : ___H___

Liste des objets précieux

Nom et prénom du soignant 1

……

Signature

Nom et prénom du soignant 2

……

Signature

Nom : Fonction : Visa :	Rédacteur Audrey TINNES, Assistante de direction	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité