

UA 2 SEMAINE DU Au

| Lundi..... | Mardi..... | Mercredi..... | Jeudi..... | Vendredi..... | Samedi..... | Dimanche..... |
|--|---|---|--|---|---|---|
| Renouveler ce document et déposer celui rempli bureau directrice <input type="checkbox"/> Nom : | Remplir les bannettes pour les compléments alimentaires (matin) <input type="checkbox"/> Nom : | | | | | |
| Mise à jour date tableau couloir et restaurant <input type="checkbox"/> Nom : | | | | | | |
| Vérification calendrier des pesées <input type="checkbox"/> Nom : | | | | | | |
| <i>Si semaine de pesée, reporter les « reste à peser » sur le cahier de liaison, remplir la fiche des poids et Osiris</i> | | | <i>Si semaine de pesée, reporter les « reste à peser » sur le cahier de liaison, remplir la fiche des poids et Osiris</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : |
| Vérification si entrée d'un résident ou retour d'hospitalisation pour pesée | | | Vérification si entrée d'un résident ou retour d'hospitalisation pour pesée | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : |
| <i>Si entrée ou retour hospit, poids fait le lendemain</i> | | | <i>Si entrée ou retour hospit, poids fait le lendemain</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | | |
| 1 ^{er} du mois, changement de la fiche de traçabilité des compléments alimentaires La remplir, laisser l'ancienne dans bannette du médecin coordonnateur. | | | 1 ^{er} du mois, changement de la fiche de traçabilité des compléments alimentaires La remplir, laisser l'ancienne dans bannette du médecin coordonnateur. | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : | <input type="checkbox"/> Nom : |
| Prendre connaissance fiche de suivi alimentaire (texture, régime, obs., goûts) | | | Prendre connaissance fiche de suivi alimentaire (texture, régime, obs., goûts) | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... | <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... | <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... | <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... | <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... | <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... | <input type="checkbox"/> Nom (Matin):..... <input type="checkbox"/> Nom (Coupé):..... <input type="checkbox"/> Nom (Soir):..... |
| Vérification armoire et table de nuit des résidents ; rangement ch 15 à 21 <input type="checkbox"/> Nom : | Rangement du linge propre des résidents <input type="checkbox"/> Nom : | Vérification armoire et table de nuit des résidents ; rangement ch 22 à 28 <input type="checkbox"/> Nom : | Rangement du linge propre des résidents <input type="checkbox"/> Nom : | Rangement du linge propre des résidents <input type="checkbox"/> Nom : | | |
| Tracer le réveil cognitif <input type="checkbox"/> Nom : | Tracer le réveil cognitif <input type="checkbox"/> Nom : | Tracer le réveil cognitif <input type="checkbox"/> Nom : | Tracer le réveil cognitif <input type="checkbox"/> Nom : | Tracer le réveil cognitif <input type="checkbox"/> Nom : | | |

UN PRINCIPE : QUAND ON NE SAIT PAS ON DEMANDE.....

Page 1/1

| | | | |
|---|-------------------------|---|--|
| <p>Nom : Fonction : Visa :</p> | <p>Rédacteur</p> | <p>Validation Sylvie LACOSTE, Directrice</p> | <p>Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité</p> |
|---|-------------------------|---|--|