

**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 <sup>er</sup> du mois, changement de la fiche de traçabilité des compléments alimentaires La remplir, laisser l'ancienne dans bannette du médecin coordonnateur.			1 <sup>er</sup> 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><b>Nom :</b> <b>Fonction :</b> <b>Visa :</b></p>	<p><b>Rédacteur</b></p>	<p><b>Validation</b> Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p><b>Conformité à la gestion qualité</b> Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
---	-------------------------	---	--