Mois / année : ____/_____

Date	Nom du soignant	Réalisé		Si non réalisé : *préciser le motif*
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	
		Oui	Non	

Nom : Fonction : Visa :	Rédacteur Sandrine RIART, Psychologue, Océane Torillon, IDEC	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité