

Date : __/__/__



Nom du résident	Prénom du résident	N° de chambre	Heure, signature de l'IDE

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
--	--	--	---