



ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

PR-PASA-FT-34 v2

Prescription médicale dans le cadre du PASA pour


Nom et prénom du résident : **Mr / Mme**

Né(e) le ___/___/_____


Date de la dernière vaccination antitétanique : ___/___/_____

Merci de cocher les activités pour lesquelles le(la) résident(e) ne présente pas de contre-indication à ce jour :

 Atelier équilibre/marche

 Atelier gym douce

 Activités psychomotrices

 Atelier jardin thérapeutique

 Balnéothérapie

Merci de penser à la mise à jour du vaccin antitétanique pour l'atelier jardin thérapeutique.

Date :/...../.....

Signature et cachet du médecin référent du résident :

EHPAD LA BASTIDE : Le Pré Commun 31 360 Beauchalot

Tél : 05.61.97.83.00 / Fax : 05.61.97.83.99 / E-mail : ehpad.labastide@res-o.fr

Siège Social : 68, chemin Carrosse - CS 34211 – 31 432 Toulouse Cedex 4

Tél : 05 62 71 67 90 / Fax : 05 62 71 67 94 / E-mail : reso@res-o.fr / www.res-o.fr