

Date : ___/___/___

Nom :

Prénom :

Date de naissance, âge : ___/___/___,



➤ Suivi nutritionnel, dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition :

.....

➤ Hygiène bucco-dento-prothétique :

.....

➤ Prévention et prise en charge des chutes, suivi de contention :

.....

➤ Dépistage et diagnostic des pathologies démentielles, accompagnement personnalisé des troubles du comportement :

.....

➤ Prévention et prise en charge du risque infectieux :

.....

➤ Prévention de la iatrogénie médicamenteuse, évaluation et prise en charge de la douleur :

.....

<p><u>Nom :</u> <u>Fonction :</u> <u>Visa :</u></p>	<p>Rédacteur Dr Pinganaud Médecin co.</p>	<p>Validation Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p>Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
--	--	---	--

