

**Nom :**  
**Domicile :**  
**Date et lieu de naissance :**  
**Etat Civil :**  
**Provenance :**

**Entré(e) le :**  
**Réservée le :**

<b>Médecin</b>	Médecin qui réalisera le suivi au Centre : Médecin antérieur :
<b>Hôpital</b>	Hôpital souhaité : Hôpital refusé :
<b>Mutuelle</b> (vignette)	
<b>Alimentation</b>	<input type="radio"/> Diabétique <input type="radio"/> Sans sel <input type="radio"/> Sans graisse <input type="radio"/> Autres : ..... <input type="radio"/> Allergies alimentaires ? : .....
	<u>Présentation :</u> <input type="radio"/> Entier <input type="radio"/> Découpé <input type="radio"/> Moulu <u>Préférences :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain blanc – Quantité : .....</li> <li>• Pain gris – Quantité : .....</li> <li>• Dimanche (croissant et/ou pain au chocolat) : .....</li> </ul> <u>Boissons :</u> ..... <u>Remarques :</u> .....
<b>Protections incontinence</b>	
<b>Assurance RC</b>	
<b>Linge</b>	<input type="radio"/> Famille (Bac à apporter) <input type="radio"/> Centre Sainte-Thérèse
<b>Eau</b>	<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Centre Sainte-Thérèse
<b>Savon</b>	<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Centre Sainte-Thérèse
<b>Coiffeur</b>	<input type="radio"/> Famille <input type="radio"/> Centre Sainte-Thérèse - Fréquence ? .....
<b>Podologue</b>	<input type="radio"/> Famille. Si oui, nom du pédicure : ..... <input type="radio"/> Centre Sainte-Thérèse - Fréquence ? .....
<b>Facturation</b>	

<b>Courrier</b>	<input type="radio"/> A remettre au résident <input type="radio"/> A renvoyer à la famille
<b>Remarques</b>	Téléphone en chambre : O/N Garantie <b>ING</b> : O/N                      Si Non, quelle banque ?..... Domiciliation : O/N
<b>Matériel personnel au résident</b>	<input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Tribune-rollator <input type="radio"/> Canne- béquille(s) : ½ <input type="radio"/> Appareil aérosol <input type="radio"/> Oxyconcentrateur
<b>Personnes à contacter</b> (par ordre de priorité)	Nom :.....Prénom :..... Lien de parenté :..... Adresse : ..... ..... N° Tél fixe :..... GSM :..... Professionnel (facultatif) :..... Mail :.....
	Nom :.....Prénom :..... Lien de parenté :..... Adresse : ..... ..... N° Tél fixe :..... GSM :..... Professionnel (facultatif) :..... Mail :.....
	Nom :.....Prénom :..... Lien de parenté..... Adresse : ..... ..... N° Tél fixe :..... GSM :..... Professionnel (facultatif) :..... Mail :.....