

Dossier # \_\_\_\_\_










Chambre/Civière \_\_\_\_\_








- Tête de lit à \_\_\_\_\_°maximum et \_\_\_\_\_°minimum
- Mise en charge permise : \_\_\_\_\_ % MI  Gauche  Droit

- Port du corset
- Mobiliser en bloc au lit
- Repos au lit

Autres : \_\_\_\_\_

Peut circuler accompagné de la famille  Oui  Non

<u>Mobilisation au lit</u>	<u>Transferts</u>
 <p>Autonome</p>  <p>Supervision</p>  <p>Une personne</p>  <p>2 personnes</p>	 <p>Autonome</p>  <p>Supervision</p>  <p>Une personne</p>  <p>2 personnes</p>  <p>Levier</p> <p><b>AUTRES</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<u>Marche et déplacements</u>	
<p><b>SANS AIDE TECHNIQUE</b></p>  <p>Canne/Quadripode</p>  <p>Marchette</p>  <p>Chaise roulante</p>	 <p>Autonome</p>  <p>Supervision</p>  <p>Une personne</p>  <p>2 personnes</p>

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_