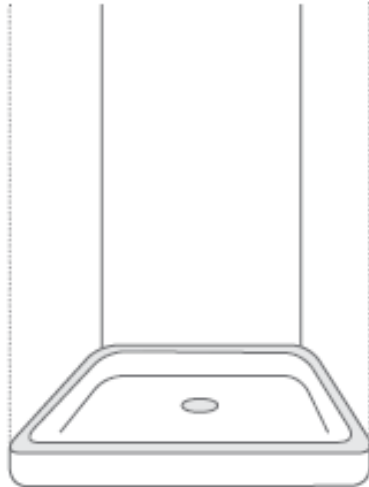


Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

PLAN DE LA SALLE DE BAIN

Ce formulaire est complémentaire à l'évaluation du professionnel en réadaptation quant à la réalisation des soins d'hygiène et d'assistance à la personne pour les usagers en soutien à domicile. Il sera classé au dossier de l'usager dans la section appropriée.

CROQUIS DE LA SALLE DE BAIN :		☐ Sous-sol	☐ Rez-de-chaussée	☐ Étage	☐ Appartement
BAIGNOIRE		DOUCHE			
					

AUTRES INFORMATIONS :

Complété par : _____

Titre d'emploi : _____

Signature : _____

Date : _____
 aaaa/mm/jj