

Suivi quotidien de surveillance constante

Unité : _____

Feuille du : _____ au : _____

Nom, prénom	# dossier	# chambre	La veille		Le jour même	R médicale	Motif	Heure de fin
			Jour	Soir	Nuit			

☐ Aucune surveillance constante au cours des dernières 24 heures.

S.V.P., compléter à chaque 24 h et rapporter à la coordonnatrice lors de la réunion des assistantes. Merci!