**RÉSIDENT: <nom>**

**Nombre de soignants:**

**BARRIÈRES LATÉRALES: haut / bas complet / partiel**

**ALARME DE SORTIE DE LIT:** **non / oui**

**PROTECTION CONTRE**

**Date d'évaluation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date de réévaluation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LES CHUTES: Tapis:** **non / oui**

**Protecteur de hanche: non / oui**

**TYPE DE TOILE/FILET:**

**TAILLE DE TOILE/FILET:**

