



FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES D'ENTREE EN EHPAD

NOM : **PRENOM** :

Kinésithérapeute :

Laboratoire d'analyse :

Dentiste :

Ambulance :

Pédicure :

Lieu d'hospitalisation préférentiel :

Régime :

Texture : normale hachée mixée

Directives anticipées : oui non

Prothèse dentaire : Haut Bas

Prothèse auditive : Droite Gauche

Lunettes Lentilles de contact :

Type de protection si incontinence :