

Caisse de sécurité sociale :

Mutuelle(s) :

Caisses de retraite :

APA : Date :
Plan d'aide :

GIR de Référence :

Autres informations :

Si le patient est à l'hôpital :

Service :

Date d'entrée : Date de sortie prévue le :

Risques gérontologiques :

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nutritionnel | <input type="checkbox"/> Déficit visuel |
| <input type="checkbox"/> Chute | <input type="checkbox"/> Déficit auditif |
| <input type="checkbox"/> Cognitif | <input type="checkbox"/> Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Problème podologique |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Etat bucco-dentaire |
| <input type="checkbox"/> Iatrogène | <input type="checkbox"/> Cutané |

Plan d'intervention :