











Vous souhaitez compléter les informations de la fiche.

Merci de préciser la nature des informations :

Communication	Vie psychique	Locomotion	Motricité	
Etat sensoriel	Sommeil	Toilette - hygiène	Alimentation	
Elimination	Respiratoire	Épilepsie	Douleur	Autres

médicaments

matériels

IDE

Kiné

HAD

Autres (précisez)





NOM

Prénom

Date

## **FICHE RETOUR – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Vous souhaitez compléter les informations de la fiche.

Merci de préciser la nature des informations :