

## CONDUITE A TENIR

NOM ET PRENOM DU RESIDENT : .....

NOM DU REFERENT FAMILIAL : .....

Souhaitez-vous être prévenu :

D'un rendez-vous de consultation  
extérieur à l'EHPAD  Oui  Non

En cas de chute  Oui  Non

Si OUI :

avec conséquences visibles  Le jour  La nuit

sans conséquences visibles  Le jour  La nuit

D'une hospitalisation  Oui  Non

Du décès  Quelle que soit l'heure  En journée uniquement (de 8h à 20h)

Oui  Non

Quelle que soit l'heure  En journée uniquement (de 8h à 20h)

NOM DE LA PERSONNE DE CONFIANCE : (si différent du référent familial)

.....

Souhaitez-vous être prévenu :

Du décès  Oui  Non

Quelle que soit l'heure  En journée uniquement (de 8h à 20h)

PRESENCE D'UN CONTRAT  Oui  Non Si oui, merci de fournir un justificatif

OBSEQUES

PRESENCE DE DIRECTIVE  Oui  Non Si oui, merci de fournir un justificatif

ANTICIPEES

Paraphe :