

Name/Nom : \_\_\_\_\_

Date/Date :

Nurse/Infirmier.ère :

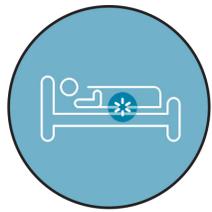
Physician/Médecin :

Health Care Aide/  
Aide en soins de santé :

Current Mobility/Mobilité actuelle :

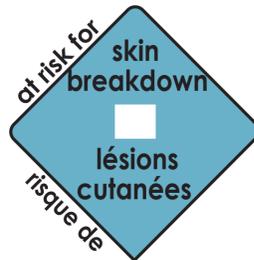
Goal Mobility/Objectif de mobilité :

Physio/Occupational Therapy/  
Physiothérapie/Ergothérapie :



Pressure Injury Prevention

Prévention des escarres (plaies de lit)



Reposition Every/Repositionnez après \_\_\_\_\_ hr(s)/heure(s)

Pain Scale/Niveau de douleur \_\_\_\_\_ /10  
at/à \_\_\_\_\_ hrs/h

Tests/Appointments/Tests/Rendez-vous :

Patient/Family Communication/What Matters to Me/  
Communications patient/famille/Ce qui compte pour moi :

Estimated Discharge Date/  
Date de départ prévue :

Discharge time/Heure de départ = \_\_\_\_\_



Please Call – Don't Fall /

Appelez pour ne pas tomber




Intake/Output/  
Absorption/Élimination




No Oral Intake/  
Aucune absorption orale




Fluid Restriction/  
Restriction liquidienne

Diet/  
Alimentation

Transfers & Bed Mobility/

Transferts et repositionnement dans le lit













