

FICHE D'IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT 2

NOM ET VILLE DE L'EHPAD :

MATERIEL

OXYGENE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SATUROMETRE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AEROSOLS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SERINGUE AUTO PROJETÉE (SAP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MATERIEL D'ASPIRATION	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	TELEMEDECINE (Smartphone/Tablette...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
BLADDERSCAN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	STUPEFIANTS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NUMERO DE TELEPHONE POUR LA VISIO-REGULATION :	

TROUSSE D'URGENCE (Modèle Filière)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LIEU DE STOCKAGE :
		<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>

➤ Partenariats/Conventions

Infirmier.e en Pratique Avancée (IPA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipe Mobile de Gériatrie Territoriale (EMGT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Centre Médico-Psychologique (CMP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Convention Infirmières Libérales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hospitalisation à domicile (HAD)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Equipe Mobile de Psychiatrie de la personne Agée (EMPPA)/ Equipe mobile de liaison Daumézon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipe Mobile d'Hygiène (EMH)/Infirmier Hygiéniste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Astreinte IDE de nuit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				Si oui Nom Porteur et N° téléphone Astreinte IDE	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Date de mise à jour :