

FICHE DE SURVEILLANCE TC ET CHUTES	
---------------------------------------	--

Nom et Prénom du résident :

Heure de la découverte du résident :

Heure estimée de la chute :

Nom du professionnel :

Temps	0h	+2h	+4h	+6h	+10h	+14h	+18h
Horaire							
Conscience							
Vomissement							
Pouls							
TA							
T°							
FR							
Saturation en O2							
Zone douloureuse							