|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO | Fiche de mission intervenante  Service à domicile | Cette fiche est strictement confidentielle. Elle ne doit pas être laissée au domicile du client |

Date : Association de :

Nom et fonction du rédacteur :

Intervenante :

|  |  |
| --- | --- |
| Client | Personne à contacter |
| Nom et prénom :  Née le : ✆ :  Adresse :  CP/ville :  Clé confiée : 🞏oui 🞏non  Etage :  Interphone :  Précisions : | Nom et prénom  Lien parenté :  Nom et prénom  Lien de parenté :  Médecin traitant :  En cas d’urgence : SAMU 15-police17-Pompier : 18 |
| Prise en charge : | |
| Planning de référence :   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | samedi | | Matin |  | 9h 11H |  |  |  |  | | Midi |  |  |  |  |  |  | | Après-midi |  |  |  |  |  |  | | Soir |  |  |  |  |  |  | | Nuit |  |  |  |  |  |  | | |
| Synthèse de la situation : | |
| Votre mission : | |
| Consignes, précautions à prendre : | |