À la maison

le ...../...../.....

La nuit a été :	☐ +++	☐ +	☐ +/-	☐ ---
Humeur :	☐	☐	☐	☐
Crises d'épilepsies :	☐ R.A.S.	☐ +	☐ ++	☐ +++

Mots des Parents .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informations du jour

☐ **Vous avez du courrier !**

Message :	☐ *informatif*	☐ ***Important***	☐ ***URGENT***
Au sujet de :	.....		
Destinataire.s :	☐ *Référent.e*	☐ *Infirmières*	☐ *Kiné.e*
	☐ *Assist. Sociale*	☐ *Secrétariat*	☐ *Autre*
Echanger :	☐ *Cahier liaison*	☐ ☎	☐ @
	☐ 👥	☐ ✉	

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Handiablées
EDITION ASSOCIATION HANDIABLE.E.S.

En structure d'accueil

le ...../...../.....

Humeur du matin	☐	☐	☐	☐
Humeur de l'aprem	☐	☐	☐	☐
Sortie	☐ Terrasse	☐ Promenade	☐ Autre	☐ Non
Selles	☐ Non			
Liquides	☐ +	☐ ++	☐ +++	
Molles	☐ +	☐ ++	☐ +++	
Moulées	☐ +	☐ ++	☐ +++	
Alimentation	☐	☐ 75 %	☐ 50 %	☐ 25 %
Hydratation	☐	☐ 75 %	☐ 50 %	☐ 25 %
Vomis / Reflux	Nbr.....			☐ Non
Quantités	☐ +	☐ ++	☐ +++	
Contenant	☐ Glaires	☐ Aliment.	☐ Sang / marron	
Crises épilepties	Nbr.....			☐ Non
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Heure.....	Durée	☐ +	☐ ++	☐ +++
Dos / arthrodèse	☐	☐ Point d'appui	☐ Sanyrene	
Kiné.e	☐	☐ Motricité	☐ Respi.	

Activitées du jour :.....

Le petit + de la journée

IMPORTANT / RAPPEL

☐ **Vous avez du courrier !**

Handiablées
EDITION ASSOCIATION HANDIABLE.ES.