



MR61722

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

**SIGNES VITAUX ET EXCRÉTAS - ACTIVITÉ
CONFIÉE AUX AIDES-SOIGNANTS**

Date AAAA- MM-JJ	Heure HH : MM	Signes vitaux				Miction	Selles	Poids (kg)	Initiales
		Tension artérielle Bras gauche (BG) Bras droit (BD)	Pouls	Saturation	Température Buccale (B) Rectale (R)				
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales

Nom :

Prénom :

N° dossier :

Date AAAA- MM-JJ	Heure HH : MM	Signes vitaux				Miction	Selles	Poids (kg)	Initiales
		Tension artérielle Bras gauche (BG) Bras droit (BD)	Pouls	Saturation	Température Buccale (B) Rectale (R)				
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		/ <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales