

Visite domicile ou substitut de domicile

Date : .

Nom et prénom :

Nom du visiteur :

Fonction :

LES LOCAUX

	Bon	Moyen	Insuffisant	Commentaires
Hygiène				
Lieu des échanges				
Eau				
Electricité				
Stockage				
Accès livraisons				

L'ENVIRONNEMENT

	Oui	Non	Commentaires
Animal			
Téléphone			
Télé-alarme			
Informatique			

LES CONTACTS

	Oui	Non	Commentaires
Medecin généraliste			
Direction maison de retraite			
Infirmier libéral			

CONCLUSION ET ACTIONS A ENTREPRENDRE :