



**Association PASS ÂGE**  
Réseau de Santé Gériatrique

### FICHE HEBDOMADAIRE D'INTERVENTION

DATE :

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

**Médecin Traitant :**

tel :

Intervenants (Nom/Tél)	Nature des interventions	L	M	M	J	V	S	D
IDE								
Kiné								
Pharmacien								
Orthophoniste								
SSIAD ou AS Privées								
HAD								
Service à la personne								
Famille, Voisins								
Protection juridique								
Portage des repas								
Accueil de jour								
Autres <input type="checkbox"/> EAAR <input type="checkbox"/> Plateforme de répit <input type="checkbox"/> EMSP <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas								

- En rouge : projet
- En noir : en cours