Plan de travail

**Date : Service : Collaborateur-trice-s et fonction :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° chambre****Identité****Année de naissance** |  |  |  |  |
| **Diagnostic médical et / ou raison du séjour****Date d’entrée** |  |  |  |  |
| **Antécédents** |  |  |  |  |
| **But des soins (objectif)** |  |  |  |  |
| **Horaire** | Actions communes à tous les BDS (par ex : rapport, distribution des déjeuners, etc.) |
| **Horaire** |  | Actions[[1]](#footnote-1)  |  |  |
| **Horaire** |  |  | Actions |  |
| **Horaire** | Actions |  |  |  |
| **Horaire** |  |  |  | Actions |

 **Signature :**

1. **Important :** les actions doivent être en cohérence avec le but ou l’objectif prioritaire de soins [↑](#footnote-ref-1)