ANNEXE 5 : EXEMPLE DE FICHE D'APPEL DU DISPOSITIF D'ASTREINTE IDE DE NUIT (TABLEAU A RENSEIGNER PAR LES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS AU DISPOSITIF)

DISPOSITIF D'ASTREINTE IDE DE NUIT											
INFO APPEL						DEPLACEMENT/INTERVENTION				DEVENIR DU RESIDENT	
Nom du résident	Date	Horaire d'appel (HH:MM)	EHPAD concerné	Motifs d'appel		Déplacement (O/N)	Recours à un avis médical (O/N)	Soins réalisés	Durée de l'intervention (en minutes)	Transfert aux urgences ou hospitalisation de nuit (O/N)	Retour la nuit en EHPAD suite passage urgences ou hospitalisation (O/N)
				prescriptions anticipées	situations imprévues						