



AIDE INDIVIDUELLE AVIS DE CHANGEMENT DE SITUATION

Nom de l'EMS :

Résident :

Nom, Prénom :

N° AVS :

Date de naissance :

Changement de situation :

Décédé(e) le :

Sortie définitive de l'EMS le :

○ pour le domicile : oui non autre :

○ pour l'EMS :

- (si info disponible) chambre à 1 lit

2 lits

Changement de chambre : chambre à 1 lit dès le :

chambre à 2 lits dès le :

Hospitalisation dès le : (à annoncer dès le 61^{ème} jour uniquement)

Changement du forfait de soins dès le :

Nouveau degré : selon système PLAISIR PLEX

(veuillez svp joindre **obligatoirement** une copie de la fiche d'évaluation)

Remarques :

Lieu et date :

, le

A transmettre par courriel