

Analyse de la capacité à évacuer des résidents

Nom de la résidence : _____ Date de l'analyse : _____

Nom du répondant ou de l'intervenant : _____ Numéro de téléphone : _____

Chambre ou Logement	Nom du résident	Problématiques	Précisions	Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai				Pour les besoins de la GRSI	
				Mobilité	Compréhension	Surdité	Vision	Résumé des problématiques Emplacement Conseils/Mesures compensatoires	Code de couleur Mesures d'aide
		1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>		A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		1. Mobilit� <input type="checkbox"/> 2. Compr�hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit� <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>		A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		1. Mobilit� <input type="checkbox"/> 2. Compr�hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit� <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>		A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		

Chambre ou Logement	Nom du résident	Problématiques	Précisions	Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai				Pour les besoins de la GRSI	
				Mobilité	Compréhension	Surdité	Vision	Résumé des problématiques Emplacement Conseils/Mesures compensatoires	Code de couleur Mesures d'aide
		1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>		A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		1. Mobilit� <input type="checkbox"/> 2. Compr�hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit� <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>		A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
		1. Mobilit� <input type="checkbox"/> 2. Compr�hension <input type="checkbox"/> 3. Surdit� <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>		A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. 0 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		