

Complément – Fiche 1 : 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"/> | | |