

Date de l'inventaire : .....

Entrée le
Heure d'arrivée
Service / Ets d'origine

<b>ETIQUETTE PATIENT</b>
--------------------------

# INVENTAIRE

BIJOUX	Dépôt	C
Bague		O
Montre		C
Médaille/Croix		H
Chaîne		E
Bracelet		R
Boucles d'oreilles		S
Collier		I
Alliance		M
VALEUR MONETAIRE	Dépôt	I
Carte bancaire		S
Chéquier		E
RIB		A
Livret		U
Espèces (billets)		D
Espèces (pièces)		E
Clefs		P
		O
		T

LINGE DE CORPS	
Chemise	
Polo	
Tee-shirt	
Pull	
Pantalon	
Jupe	
Robe	
Blouson	
Veste	
Gilet	
Sweat	
Survêtement	
Manteau	
Chaussures	
Basket	
_____	

BAGAGES	
Sac à main	
Sac à dos	
Sac de sport	
Valise	
Porte monnaies	
Porte feuilles	

NECESSAIRE TOILETTE	
Trousse de toilette	
Gant	
Serviette	
Rasoir / Electrique	
Miroir	
_____	

PROTHESES/OPTIQUE	
Auditive Droite	
Auditive Gauche	
Dentaire Haut	
Lentille Droite	
Lentille Gauche	
Lunette de vue	
Lunette de soleil	
Cannes	
Béquille	
_____	

PAPIERS D'IDENTITE	
Carte d'identité	
Permis de conduire	
Permis de séjour	
Carte vitale	
Attestation vitale	
Passeport	
_____	

LINGE DE NUIT	
Chemise de nuit	
Pyjama	
Robe de chambre	
Chaussons	
_____	

AUTRE	
_____	
_____	
_____	

SOUS VETEMENTS	
Soutien gorge	
Slip	
Boxer	
Caleçon	
Chaussettes	
_____	

ELECTRONIQUE	
Téléphone portable	
Ordinateur	
Chargeur	
Poste Radio	
Réveil	
Casque	
Ipod/Ipad/Mp3	

ACCESSOIRES	
Ceinture	
Echarpe	
Casquette	
Chapeau	
_____	

Signature Patient / Personne de confiance :
---

<b>Professionnel ayant réalisé l'inventaire :</b>
NOM : .....
Prénom : .....
Fonction : .....
Signature : .....

