

## FICHE DE TERRITOIRE

Etablissement support :

NOM DU TERRITOIRE DE FILIERE GERIATRIQUE CONCERNE :

 <b>Référents territoriaux identifiés :</b>		
Le référent gériatrique : <b>équipe de gériatres</b>	N°:	Mail :
Le référent soins palliatifs et/ou douleur chronique de territoire (Equipe mobile en priorité):	N°:	Mail :
Les coordonnées des unités de soins palliatifs du territoire :	N°: N°: N°: N°:	Mail :
Le(s) référents hygiène (EOH) des établissements du territoire:	N°:	Mail :
L'HAD du territoire :	N° :	Mail :
Numero d'astreinte de l'HAD (en particulier le Week end) si différent du précédent :	N° :	

DATE DE MISE EN PLACE :

