

Nom de l'aide-soignant : _____ Titre d'emploi : _____ Numéro d'employé : _____

Activités nécessitant une certification	Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'évaluateur (en lettres moulées)	Titre d'emploi	Signature de l'évaluateur
Prise de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Mesure de la fréquence respiratoire			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Mesure de la saturation pulsatile en oxygène (SpO2)			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Prise de la température : <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Fronto-temporale <input type="checkbox"/> Tympanique			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Distribution de médicaments (<i>démontre une compréhension de l'activité de distribuer un médicament versus administrer</i>)			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Prélèvements : assiste l'utilisateur pour le prélèvement d'un échantillon de selles			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Prélèvements : assiste l'utilisateur pour le prélèvement d'un échantillon d'urine (excluant le cathétérisme)			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Procède à l'installation des bas médicaux de compression			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Procède à l'installation des bas anti-emboliques			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Installe les électrodes d'un moniteur cardiaque et de la télémétrie			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Procède à la vidange de l'appareil collecteur de stomie urinaire			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Procède à la vidange de l'appareil collecteur de stomie intestinale			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Entretien et assiste l'utilisateur pour l'installation de l'appareil C-Pap et de son retrait			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	

Seulement une infirmière ou une infirmière auxiliaire peut certifier que l'aide-soignant est en mesure d'effectuer les activités déréglementées ci-dessus, selon les standards.

 **Lorsque le registre est complété, remettre une copie à votre supérieur immédiat**

Au verso, les activités faisant partie d'un processus distinct de certification

ACTIVITÉS DÉRÉGLEMENTÉES AYANT UN PROCESSUS DISTINCT DE CERTIFICATION

Les activités ci-dessous font partie d'un processus distinct de certification.

Chaque secteur est responsable de former à sa convenance, les aides-soignants ciblés et de voir au maintien des habiletés.

Nom de l'aide-soignant : _____

Titre d'emploi : _____

Numéro d'employé : _____

Activités nécessitant une certification	Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'évaluateur (en lettres moulées)	Titre d'emploi	Signature de l'évaluateur
Procède à la glycémie capillaire			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Effectue un ECG au repos ⁱ				
Procède à un <i>bladder scan</i>			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	
Procède au changement de la collerette d'une stomie intestinale si la peau est intacte			<input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Inf. aux.	

ⁱ L'évaluateur pourrait être une personne autre qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire