

ANNEXE 10

REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D'AUTORISATION							
Activités de soins confiées aux aides-soignants – Soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)							
Nom et prénom de l'aide-soignant :							
Formation réglementée complétée le (date) : _____							
Préciser le type de formation reçue : ☐ Centre de services scolaire (CSS) ☐ Établissement ☐ Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD)							
Activités de soins	Date	Initiales	Activités de soins	Date	Initiales	Activités de soins	Date
Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées.							
Légende : F ⇒ Formation complémentaire S ⇒ Supervision A ⇒ Autorisation R ⇒ Révocation de l'autorisation							
Stimulation réflexe anal	F		Toucher rectal	F		Curage rectal	F
	S			S			S
	A			A			A
	R			R			R
Précision :							
Insertion tube rectal	F		Dilatation stomie intestinale	F		Irrigation par colostomie	F
	S			S			S
	A			A			A
	R			R			R
Précision :							
Cathétérisme intermittent chez l'homme	F		Cathétérisme intermittent chez la femme	F		Irrigation vésicale circuit ouvert	F
	S			S			S
	A			A			A
	R			R			R
Précision :							
Autre :	F		Autre :	F		Autre :	F
	S			S			S
	A			A			A
	R			R			R
Précision :							
RECTO							

Nom et prénom de l'aide-soignant :							
Activités de soins		Date	Initiales	Activités de soins	Date	Initiales	Initiales
Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées. Préciser, sous le nom de l'activité, le nom de l'utilisateur pour lequel le soin invasif est autorisé. Légende : F ⇒ Formation complémentaire S ⇒ Supervision A ⇒ Autorisation R ⇒ Révocation de l'autorisation							
Instillation trachéobronchique	F			Nettoyage canule interne et changement pansement	F		Irrigation gastrostomie, jéjunostomie
	S				S		
	A				A		
	R				R		
Précision :							
Aspiration sécrétions nasales avec cathéter	F			Aspiration sécrétions trachéobronchiques	F		Irrigation tube nasogastrique ou autre
	S				S		
	A				A		
	R				R		
Précision :							
Gonflement/dégonflement ballonnet canule trachéostomie	F			Alimentation entérale ou par tube	F		Autre :
	S				S		
	A				A		
	R				R		
Précision :							
Mesures exigées lors d'un retrait d'une autorisation (reprise d'une formation, supervision requise ou autre) et suivi effectué							
Signature du professionnel :							
Titre d'emploi :							
Date :							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		PROFESSION		INITIALES		SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	

verso