

ANNEXE 11

REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS												
Nom du lieu (RPA, ressource, installation ou autre) : Nom du responsable du lieu :												
VOIE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS												
INSCRIRE LA DATE D'AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU LIEU POUR CHAQUE VOIE D'ADMINISTRATION												
Nom de l'aide-soignant	Orale	Topique	Transdermique	Ophthalmique	Auriculaire	Nasale	Rectale	Entérale	Vaginale	Inhalation	Insuline SC	
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											
	A											
	I											

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

RECTO

REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS											
Nom du lieu (RPA, ressource, autre) :		Nom du responsable du lieu :									
VOIE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS											
INSCRIRE LA DATE D'AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU RESPONSABLE QUI COMPLÈTE LE FORMULAIRE											
Nom de l'aide-soignant	Orale	Topique	Transdermique	Ophtalmique	Auriculaire	Nasale	Rectale	Entérale	Vaginale	Inhalation	Insuline SC
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										
	A										
	I										

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

VERSO