

ANNEXE 12

REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À EFFECTUER DES SOINS INVASIFS									
Nom du lieu (RPA, ressource, autre) :					Nom du responsable du lieu :				
ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIEES									
INSCRIRE LA DATE D'AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU RESPONSABLE QUI COMPLÈTE LE FORMULAIRE									
Noms des aides-soignants autorisés	Élimination intestinale et vésicale				Alimentation				Précisions
	☐ Curage rectal ☐ Toucher rectal ☐ Stimulation anale	☐ Cathétérisme intermittent	☐ Irrigation par colostomie ☐ Irrigation vésicale	Autre :	Alimentation entérale ☐ Tube nasogastrique ☐ Gastrostomie ☐ Autre :	Irrigation ☐ Tube nasogastrique ☐ Gastrostomie ☐ Autre :	Autre :		
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 EFFECTUER DES SOINS INVASIFS									
Nom du lieu (RPA, ressource, autre) :		Nom du responsable :							
ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIEES									
INSCRIRE LA DATE D'AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE QUI COMPLETE LE FORMULAIRE									
Noms des aides-soignants autorisés	Soins respiratoires					Autres			Précisions
	☐ Aspiration des sécrétions trachéobronchiques ☐ Instillation trachéobronchique	Nettoyage canule interne de la trachéostomie et changement de pansement	Gonflement et dégonflement du ballonnet de la trachéostomie	Aspiration des sécrétions nasales avec cathéter					
	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