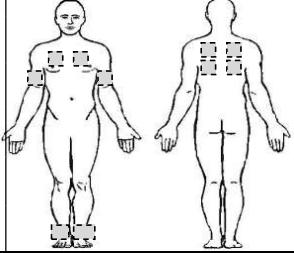
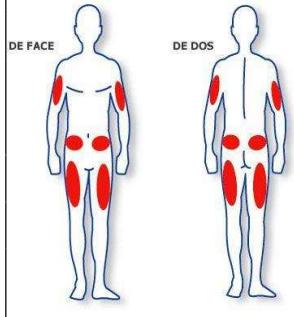
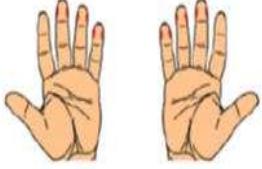


ANNEXE 2

LOGO ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PRESCRITS RÉGULIERS DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS			Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____		
VOIE	PRÉCISIONS	DIRECTIVES		DATE	INITIALES
CESSÉ					
DATE INITIALES					
<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Dosette/pilulier <input type="checkbox"/> Contenant original <input type="checkbox"/> Sachets <input type="checkbox"/> Autre forme <input type="checkbox"/> Pulvérisateur <input type="checkbox"/> Liquide/sirop <input type="checkbox"/> Seringue <input type="checkbox"/> Gobelet gradué				
<input type="checkbox"/> Topique	<input type="checkbox"/> Crème/onguent <input type="checkbox"/> Poudre/pâte <input type="checkbox"/> Produit bain <input type="checkbox"/> Lotion/shampooing				
<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Aérosol doseur <input type="checkbox"/> Nébuliseur <input type="checkbox"/> Inhalateur (poudre)				
<input type="checkbox"/> Ophthalmique	<input type="checkbox"/> Gouttes <input type="checkbox"/> Onguent <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche				
<input type="checkbox"/> Nasale	<input type="checkbox"/> Gouttes <input type="checkbox"/> Vaporisateur <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche				
<input type="checkbox"/> Auriculaire	<input type="checkbox"/> Gouttes <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche				
<input type="checkbox"/> Rectale	<input type="checkbox"/> Suppositoire <input type="checkbox"/> Lavement <input type="checkbox"/> Crème/onguent/gel				
<input type="checkbox"/> Colostomie					
<input type="checkbox"/> Vaginale	<input type="checkbox"/> Ovule/suppositoire <input type="checkbox"/> Crème/onguent				

RECTO

Règle de soins nationale

Nom de l'usager :			Date de naissance :		
VOIE	PRÉCISIONS	DIRECTIVES	DATE	INITIALES	CESSÉ DATE INITIALES
Transdermique	<input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Rotation du timbre 				
Insuline sous-cutanée	<input type="checkbox"/> 30 minutes avant le repas <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Selon échelle <input type="checkbox"/> Seringue préremplie <input type="checkbox"/> Stylo <input type="checkbox"/> Rotation du site d'injection 				
<input type="checkbox"/> Glycémie capillaire	<input type="checkbox"/> Avant déjeuner <input type="checkbox"/> Avant dîner <input type="checkbox"/> Avant souper <input type="checkbox"/> Avant coucher  <input type="checkbox"/> Manifestations d'hypoglycémie à surveiller : <input type="checkbox"/> Appliquer protocole en cas d'hypoglycémie si :				
<input type="checkbox"/> Entérale					

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

VERSOS