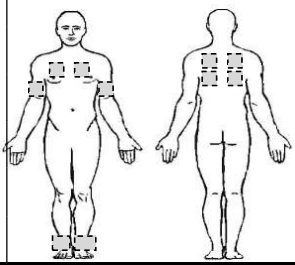
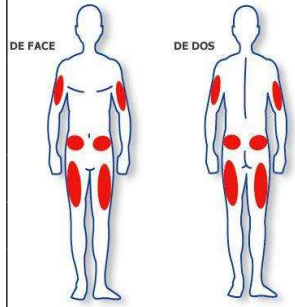
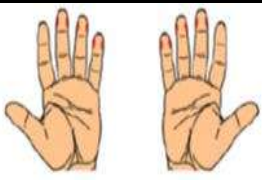


## ANNEXE 2

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

RECTO

Nom de l'utilisateur :		Date de naissance :				
VOIE	PRÉCISIONS	DIRECTIVES	DATE	INITIALES	CESSÉ DATE INITIALES	
<b>Transdermique</b> <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Rotation du timbre						
<b>Insuline sous-cutanée</b> <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"/> <b>Glycémie capillaire</b> <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"/> <b>Entérale</b>						

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

VERSO