

## ANNEXE 3

<b>LOGO</b>		Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____																	
<b>ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PRESCRITS RÉGULIERS</b> <b>ENREGISTREMENT PAR LES AIDES-SOIGNANTS</b>																			
MOIS : _____ (CHANGER DE FORMULAIRE CHAQUE MOIS) ANNÉE : _____																			
<b>LÉGENDE POUR LA MÉDICATION NON ADMINISTRÉE :</b> <b>R : REFUS    INA : INSULINE NON ADMINISTRÉE    M : MÉDICATION MANQUANTE    S : SORTIE À L'EXTÉRIEUR    H : HOSPITALISATION</b>																			
<b>IDENTIFICATION MÉDICAMENTS</b>  – Si un seul médicament, inscrire son nom – Si plusieurs médicaments regroupés, indiquer les moments où les sachets sont administrés – Si timbre ou insuline, indiquer les sites selon les jours avec le nom du médicament	<b>JOUR</b>  <b>HEURES</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16  L'AIDE-SOIGNANT APPOSE SES INITIALES SOUS LA DATE ET SUR LA LIGNE DE L'HEURE D'ADMINISTRATION																	
<b>SIGNATURE</b>	<b>INITIALES</b>	<b>SIGNATURE</b>		<b>INITIALES</b>	<b>SIGNATURE</b>		<b>INITIALES</b>												

RECTO

## Règle de soins nationale

Nom de l'usager : _____												Date de naissance : _____											
MOIS : _____ (CHANGER DE FORMULAIRE CHAQUE MOIS)												ANNÉE : _____											
LÉGENDE POUR LA MÉDICATION NON ADMINISTRÉE :																							
R : REFUS    INA : INSULINE NON ADMINISTRÉE    M : MÉDICATION MANQUANTE    S : SORTIE À L'EXTÉRIEUR    H : HOSPITALISATION																							
IDENTIFICATION DE LA MÉDICATION	JOUR	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							
	HEURES	APPOSER VOS INITIALES DANS LES CASES APPROPRIÉES CI-DESSOUS SELON LE JOUR ET L'HEURE DE L'ADMINISTRATION																					
SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE				INITIALES	SIGNATURE				INITIALES												

VERSO