


ANNEXE 4

 ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS AU BESOIN (PRN) DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS				NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____		
VOIE	PRÉCISIONS	DIRECTIVES ET MOTIF D'ADMINISTRATION	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"/> Ophtalmique <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Gouttes <input type="checkbox"/> Onguent					

RECTO

Règle de soins nationale

Nom de l'usager :		Date de naissance :				
VOIE	PRÉCISIONS	DIRECTIVES ET MOTIFS D'ADMINISTRATION	DATE	INITIALES	CESSÉ	
					DATE	INITIALES
<input type="checkbox"/> Nasale <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Gouttes <input type="checkbox"/> Vaporisateur					
<input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Gouttes <input type="checkbox"/> Huile					
<input type="checkbox"/> Rectale <input type="checkbox"/> Colostomie	<input type="checkbox"/> Suppositoire <input type="checkbox"/> Lavement <input type="checkbox"/> Crème/onguent/gel					
<input type="checkbox"/> Vaginale	<input type="checkbox"/> Ovule / suppositoire <input type="checkbox"/> Crème/onguent					
<input type="checkbox"/> Entérale	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Autre					
<input type="checkbox"/> Insuline sous-cutanée	<input type="checkbox"/> Seringue préremplie <input type="checkbox"/> Stylo <input type="checkbox"/> Préciser le site :					

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

VERSO