

ANNEXE 4

LOGO 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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

VERSO