

ANNEXE 5

 ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS AU BESOIN (PRN) ENREGISTREMENT PAR LES AIDES-SOIGNANTS			Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____						
IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT	DATE :			DATE :			DATE :		
	HEURE	QTÉ	INITIALES	HEURE	QTÉ	INITIALES	HEURE	QTÉ	INITIALES
MÉDICAMENT ET RAISON D'ADMINISTRATION									
MÉDICAMENT ET RAISON D'ADMINISTRATION									

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

RECTO

Règle de soins nationale

NOM DE L'USAGER :			DATE DE NAISSANCE :						
IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT	DATE :			DATE :			DATE :		
	HEURE	QTÉ	INITIALES	HEURE	QTÉ	INITIALES	HEURE	QTÉ	INITIALES
MÉDICAMENT ET RAISON D'ADMINISTRATION									
MÉDICAMENT ET RAISON D'ADMINISTRATION									

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

VERSO