

ANNEXE 6

 <p>SOINS INVASIFS ET NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)</p> <p>DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS</p>		Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____			
ACTIVITÉS DE SOINS	DIRECTIVES	DATE	INITIALES	CESSÉ	
* Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité				DATE	INITIALES
Élimination intestinale <input type="checkbox"/> Stimulation réflexe anal* <input type="checkbox"/> Tube rectal* <input type="checkbox"/> Toucher rectal* <input type="checkbox"/> Curage rectal* Stomie intestinale <input type="checkbox"/> Dilatation* <input type="checkbox"/> Irrigation* <input type="checkbox"/> Remplacement / vidange appareil collecteur					
Élimination urinaire <input type="checkbox"/> Cathétérisme* <input type="checkbox"/> Mesure de l'urine <input type="checkbox"/> Installation condom urinaire <input type="checkbox"/> Irrigation vésicale à circuit ouvert* <input type="checkbox"/> Entretien du système de drainage (à préciser) Stomie urinaire <input type="checkbox"/> Dilatation* <input type="checkbox"/> Remplacement/vidange appareil collecteur					
Système respiratoire <input type="checkbox"/> Concentrateur <input type="checkbox"/> Cylindre <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Lunette nasale <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> BPAP <input type="checkbox"/> Aspiration des sécrétions* Trachéostomie <input type="checkbox"/> Soins canule interne* <input type="checkbox"/> Entretien (à préciser)					

RECTO

Règle de soins nationale

Nom de l'usager :		Date de naissance :			
ACTIVITÉS DE SOINS * Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité	DIRECTIVES	DATE	INITIALES	CESSÉ	
				DATE	INITIALES
Système digestif <input type="checkbox"/> Gavage* <input type="checkbox"/> Irrigation* <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Tube nasogastrique* <input type="checkbox"/> Gastrostomie* <input type="checkbox"/> Stomie* <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :					
Paramètres vitaux <input type="checkbox"/> Pression artérielle <input type="checkbox"/> Pouls <input type="checkbox"/> Respiration <input type="checkbox"/> Température : <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Rectale*					
<input type="checkbox"/> Bas de compression <input type="checkbox"/> Application de pellicule / pansement <input type="checkbox"/> Prise de glycémie					
AUTRES ACTIVITÉS DE SOINS ET DIRECTIVES					

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

VERSO