

ANNEXE 6

 <p>SOINS INVASIFS ET NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ) DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS</p>		<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p>				
ACTIVITÉS DE SOINS		DIRECTIVES	DATE	INITIALES	CESSÉ	
					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

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

VERSO