

ANNEXE 7

<p style="margin-top: 10px;">SOINS INVASIFS ET NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ) ENREGISTREMENT PAR LES AIDES-SOIGNANTS</p>																	Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____																
MOIS : _____ (CHANGER DE FORMULAIRE CHAQUE MOIS)																	ANNÉE : _____																
ACTIVITÉS DE SOINS		JOUR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16															
		HEURES	APPOSER VOS INITIALES DANS LES CASES APPROPRIÉES CI-DESSOUS SELON LE JOUR ET L'HEURE DE L'ADMINISTRATION																														
SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE				INITIALES				SIGNATURE				INITIALES																			

RECTO

Règle de soins nationale

[illegible]