

**ANNEXE 7**

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

RECTO

## Règle de soins nationale

VERSO