

**ANNEXE 8**

 <b>SOINS INVASIFS ET NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)</b> <b>OBSERVATIONS DES AIDES-SOIGNANTS</b>				Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____	
DATE	HEURE	ACTIVITÉS DE SOINS	OBSERVATIONS		
SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

RECTO

## Règle de soins nationale

VERSO