

ANNEXE 9

REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D'AUTORISATION ACTIVITÉS DE SOINS CONFIEES AUX AIDES-SOIGNANTS – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS									
Nom et prénom de l'aide-soignant : _____ Formation réglementée complétée le (date) : _____ Préciser le type de formation reçue : ☐ Centre de services scolaire (CSS) ☐ CIUSSS ou CIUSSS ☐ Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD)									
Voies d'administration	Date	Initiales	Voies d'administration	Date	Initiales	Voies d'administration	Date	Initiales	Initiales
Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des voies d'administration confiées Légende : S ⇨ Supervision (date de la dernière supervision) A ⇨ Autorisation R ⇨ Révocation d'autorisation									
Voie orale	S		Voie ophtalmique	S		Voie rectale	S		
	A			A			A		
	R			R			R		
Précision : _____									
Voie topique	S		Voie auriculaire	S		Par colostomie	S		
	A			A			A		
	R			R			R		
Précision : _____									
Précision : _____									
Voie transdermique (timbre cutané)	S		Voie nasale	S		Voie vaginale	S		
	A			A			A		
	R			R			R		
Précision : _____									
Par inhalation	S		Voie sous-cutanée (insuline seulement)	S		Autre ☐ Entérale	S		
	A			A		☐ Épipen	A		
	R			R		☐ Glucagon	R		
Précision : _____									
Précision : _____									
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		PROFESSION		INITIALES		SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		PROFESSION	

RECTO

RÉVOCATION D'UNE AUTORISATION							
Nom et prénom de l'aide-soignant :							
Mesures exigées (reprise d'une formation, supervision requise ou autres)							
Signature du professionnel habilité :		Titre d'emploi : Date :					
Suivis effectués							
Signature du professionnel habilité :		Titre d'emploi : Date :					
Réautorisation de l'aide-soignant							
☐ Orale	Date : _____	Initiales : _____	☐ Topique	Date : _____	Initiales : _____		
☐ Transdermique	Date : _____	Initiales : _____	☐ Inhalation	Date : _____	Initiales : _____		
☐ Rectale	Date : _____	Initiales : _____	☐ Colostomie	Date : _____	Initiales : _____		
☐ Nasale	Date : _____	Initiales : _____	☐ Ophtalmique	Date : _____	Initiales : _____		
☐ Auriculaire	Date : _____	Initiales : _____	☐ Sous-cutanée	Date : _____	Initiales : _____		
☐ Vaginale	Date : _____	Initiales : _____	☐ Entérale	Date : _____	Initiales : _____		
Verso							
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL		PROFESSION	INITIALES