## Annexe 2

|  |  |
| --- | --- |
| **Administration des médicaments prescrits réguliers**Directives aux aides-soignants | **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Voie** | **Précisions** | **Directives** | **Date** | **Initiales** | **Cessé** |
| **Date Initiales** |
| ** Orale** |  **Comprimé** Dosette/pilulier  Contenant original Sachets  **Autre forme** Pulvérisateur  **Liquide/sirop** Seringue Gobelet gradué |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Topique** |  Crème/onguent  Poudre/pâte Produit bain Lotion/shampoing |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Inhalation** |  Aérosol doseur  Nébuliseur Inhalateur (poudre) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Ophtalmique** Droit Gauche |  Gouttes  Onguent |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Nasale** Droit Gauche |  Gouttes Vaporisateur |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Auriculaire** Droit Gauche |  Gouttes Huile |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Rectale**** Colostomie** |  Suppositoire  Lavement Crème/onguent/gel |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Vaginale** |  Ovule/suppositoire Crème/onguent |  |  |  |  |  |



**Recto**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :**  |
| **Voie** | **Précisions** | **Directives** | **Date** | **Initiales** | **Cessé** |
| **Date Initiales** |
| **Transdermique** Timbre Rotation du timbre | **1****2****4****3****9****10****5****7****6****8** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Insuline sous‑cutanée**  30 minutes avant le repas Régulier Selonéchelle Seringue préremplie Stylo Rotation du site d’injection | Résultat de recherche d'images pour "schéma sites insuline" |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Glycémie capillaire** Avant déjeuner Avant dîner Avant souper  Avant coucher |  Manifestations d’hypoglycémie à surveiller : Appliquer protocole en cas d’hypoglycémie si : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **Entérale** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signature du professionnel** | **Profession** | **Initiales** | **Signature du professionnel** | **Profession** | **Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**

## Annexe 3

|  |  |
| --- | --- |
| **Administration des médicaments prescrits réguliers**Enregistrement par les aides-soignants | **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Mois :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (changer de formulaire chaque mois) **Année**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Légende pour la médication non administrée :**R : refus INA : insuline non administrée M : médication manquante S : sortie à l’extérieur H : hospitalisation |
| **Identification médicaments*** Si un seul médicament, inscrire son nom
* Si plusieurs médicaments regroupés, indiquer les moments où les sachets sont administrés
* Si timbre ou insuline, indiquer les sites selon les jours avec le nom du médicament
 | **Jour** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| **Heures** | **L’aide-soignant appose ses initiales** **sous la date et sur la ligne de l’heure d’administration**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Signature** | **Initiales** | **Signature** | **Initiales** | **Signature** | **Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Recto**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :** |
| **Mois :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (changer de formulaire chaque mois) **Année**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Légende pour la médication non administrée :**R : refus IND : insuline non administrée M : médication manquante S : sortie à l’extérieur H : hospitalisation |
| Identification de la médication | Jour | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| Heures | Apposer vos initiales dans les cases appropriées ci-dessousselon le jour et l’heure de l’administration |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Signature | Initiales | Signature | Initiales | Signature | Initiales |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**

## Annexe 4

|  |  |
| --- | --- |
| **Administration des médicaments au besoin (PRN)**Directives aux aides-soignants | Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Voie** | **Précisions** | **Directives et motif d’administration** | **Date** | **Initiales** | **Cessé** |
| **Date Initiales** |
| ** Orale** |  **Comprimé** Dosette/pilulier Contenant original Sachets  **Autre forme** Pulvérisateur  **Liquide/sirop** Seringue Gobelet gradué |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Topique** |  Crème/onguent  Poudre/pâte Produit bain Lotion/shampoing |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Inhalation** |  Aérosol doseur Nébuliseur Inhalateur (poudre) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Ophtalmique** Droit Gauche |  Gouttes Onguent |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Recto**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :**  |
| **Voie** | **Précisions** | **Directives et motifs d’administration** | **Date** | **Initiales** | **Cessé** |
| **Date Initiales** |
| ** Nasale** Droit Gauche |  Gouttes Vaporisateur |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Auriculaire** Droit Gauche |  Gouttes Huile |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Rectale**** Colostomie** |  Suppositoire  Lavement Crème/onguent/gel |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Vaginale** |  Ovule / suppositoire Crème/onguent |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Entérale** |  Comprimé  Liquide Autre |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ** Insuline sous-cutanée**  |  Seringue préremplie  Stylo Préciser le site : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signature du professionnel** | **Profession** | **Initiales** | **Signature du professionnel** | **Profession** | **Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**

## Annexe 5

|  |  |
| --- | --- |
| **Administration des médicaments au besoin (PRN)****Enregistrement par les aides-soignants** | **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Identification du médicament*** Inscrire le nom du médicament
* Inscrire la raison d’administration
* Indiquer la quantité (qté) : ml, nombre de comprimés
* Indiquer la fréquence
 | **Date :** | **Date :** | **Date :** |
| **Heure** | **Qté** | **Initiales** | **Heure** | **Qté** | **Initiales** | **Heure** | **Qté** | **Initiales** |
| **Médicament et raison d’administration** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Médicament et raison d’administration** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature | Initiales | Signature | Initiales | Signature | Initiales |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Recto**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :** |
| **Identification du médicament*** Inscrire le nom du médicament
* Inscrire la raison d’administration
* Indiquer la quantité (qté) : ml, nombre de comprimés
* Indiquer la fréquence
 | **Date :**  | **Date :**  | **Date :** |
| **Heure** | **Qté** | **Initiales** | **Heure** | **Qté** | **Initiales** | **Heure** | **Qté** | **Initiales** |
| **Médicament et raison d’administration** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Médicament et raison d’administration** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature | Initiales | Signature | Initiales | Signature | Initiales |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**

## Annexe 6

|  |  |
| --- | --- |
| **Soins invasifs et non invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)**Directives aux aides-soignants | **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Activités de soins**\* Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité | **Directives** | **Date** | **Initiales** | **Cessé** |
| **Date Initiales** |
| **Élimination intestinale** Stimulation réflexe anal\*  Tube rectal\* Toucher rectal\*  Curage rectal\***Stomie intestinale** Dilatation\*  Irrigation\* Remplacement / vidange appareil collecteur |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Élimination urinaire** Cathétérisme\*  Mesure de l’urine Installation condom urinaire Irrigation vésicale à circuit ouvert\* Entretien du système de drainage (à préciser)**Stomie urinaire** Dilatation\* Remplacement/vidange appareil collecteur |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Système respiratoire** Concentrateur  Cylindre  CPAP Lunette nasale  Masque  BPAP Aspiration des sécrétions\***Trachéostomie** Soins canule interne\* Entretien (à préciser) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Recto**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager :** **Date de naissance :** |
| **Activités de soins**\* Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité | **Directives** | **Date** | **Initiales** | **Cessé** |
| **Date Initiales** |
| **Système digestif** Gavage\*  Irrigation\* Soins  Tube nasogastrique\*  Gastrostomie\* Stomie\* Autre (à préciser) : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Paramètres vitaux** Pression artérielle  Fréquence cardiaque Respiration  Saturation Température :  Buccale  Rectale\* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  Bas de compression Application de pellicule / pansement Prise de glycémie |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Autres activités de soins et directives**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signature du professionnel** | **Profession** | **Initiales** | **Signature du professionnel** | **Profession** | **Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**

## Annexe 7

|  |  |
| --- | --- |
| **Soins invasifs et non invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)**Enregistrement par les aides-soignants | **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**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :**  |
| **Mois :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (changer de formulaire chaque mois) **Année**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Activités de soins** | **jour** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
| **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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**

## Annexe 8

|  |  |
| --- | --- |
| **Soins invasifs et non invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)**Observations des aides-soignants | **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Date** | **Heure** | **Activités de soins** | **Observations** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Signature** | **Initiales** | **Signature** | **Initiales** | **Signature** | **Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Recto**

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :**  |
| **Date** | **Heure** | **Activités de soins** | **Observations** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Signature** | **Initiales** | **Signature** | **Initiales** | **Signature** | **Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verso**