|  |
| --- |
| **REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D’AUTORISATION****ACTIVITÉS DE SOINS CONFIÉES 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)  CISSS 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** |
| **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 : | Précision : | Précision : |
| Voie topique | S |  |  | Voie auriculaire | S |  |  | Par colostomie | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Voie transdermique (timbre cutané) | S |  |  | Voie nasale | S |  |  | Voie vaginale | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Par inhalation | S |  |  | Voie sous-cutanée (insuline seulement) | S |  |  | Autre  Entérale Épipen Glucagon | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** | **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RÉVOCATION D’UNE AUTORISATION** |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant :** |
| **Mesures exigées (reprise d’une formation, supervision requise ou autre)****Signature du professionnel habilité : Titre d’emploi : Date :** |
| **Suivis effectués****Signature du professionnel habilité : Titre d’emploi : Date :** |
| **Préautorisation 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 :  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** | **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D’AUTORISATION****Activités de soins confiées aux aides-soignants – Soins invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)** |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant :** |
| **Formation réglementée complétée le (date) :** Préciser le type de formation reçue :  Centre de services scolaire (CSS)  Établissement  Entreprises d’économie sociale en aide à domicile (EESAD) |
| **Activités de soins** | **Date** | **Initiales** | **Activités de soins** | **Date** | **Initiales** | **Activités de soins** | **Date** | **Initiales** |
| **Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées.****Légende : F**  Formation complémentaire **S**  Supervision **A**  Autorisation **R**  Révocation de l’autorisation |
| Stimulation réflexe anal | F |  |  | Toucher rectal | F |  |  | Curage rectal | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Insertion tube rectal | F |  |  | Dilatation stomie intestinale | F |  |  | Irrigation par colostomie | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Cathétérisme intermittent chez l’homme | F |  |  | Cathétérisme intermittent chez la femme | F |  |  | Irrigation vésicale circuit ouvert | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Autre : | F |  |  | Autre : | F |  |  | Autre : | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant :** |
| **Activités de soins** | **Date** | **Initiales** | **Activités de soins** | **Date** | **Initiales** | **Activités de soins** | **Date** | **Initiales** |
| **Directives : Les initiales sont celle du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées.****Préciser, sous le nom de l’activité, le nom de l’usager pour lequel le soin invasif est autorisé.****Légende : F**  Formation complémentaire **S**  Supervision **A**  Autorisation **R**  Révocation de l’autorisation |
| Instillation trachéobronchique | F |  |  | Nettoyage canule interne et changement pansement | F |  |  | Irrigation gastrostomie, jéjunostomie | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Aspiration sécrétions nasales avec cathéter | F |  |  | Aspiration sécrétions trachéobronchiques | F |  |  | Irrigation tube nasogastrique ou autre | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| Gonflement/dégonfle-ment ballonnet canule trachéostomie | F |  |  | Alimentation entérale ou par tube | F |  |  | Autre : | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | Précision : | Précision : |
| **Mesures exigées lors d’un retrait d’une autorisation (reprise d’une formation, supervision requise ou autre) et suivi effectué****Signature du professionnel : Titre d’emploi : Date :** |
| **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** | **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS** |
| **Nom du lieu (RPA, ressource, installation ou autre) : Nom du responsable du lieu :** |
|  | **VOIE D’ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS** |
| **INSCRIRE LA DATE D’AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU LIEU POUR CHAQUE VOIE D’ADMINISTRATION** |
| **Nom de l’aide-soignant** | Orale | Topique | Transdermique | Ophtalmique | Auriculaire | Nasale | Rectale | Entérale | Vaginale | Inhalation | Insuline SC |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS** |
| **Nom du lieu (RPA, ressource, autre) : Nom du responsable du lieu :** |
| **VOIE D’ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS** |
| **INSCRIRE LA DATE D’AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU RESPONSABLE QUI REMPLIT LE FORMULAIRE** |
| **Nom de l’aide-soignant** | Orale | Topique | Transdermique | Ophtalmique | Auriculaire | Nasale | Rectale | Entérale | Vaginale | Inhalation | Insuline SC |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À EFFECTUER DES SOINS INVASIFS** |
| **Nom du lieu (RPA, ressource, autre) : Nom du responsable du lieu :** |
| **ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIÉES** |
| **INSCRIRE LA DATE D’AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU RESPONSABLE QUI REMPLIT LE FORMULAIRE** |
| **Noms des aides-soignants autorisés** | **Élimination intestinale et vésicale** | **Alimentation** | **Précisions** |
|  Curage rectal Toucher rectal Stimulation anale |  Cathétérisme intermittent |  Irrigation par colostomie Irrigation vésicale | Autre : | Alimentation entérale Tube nasogastrique Gastrostomie Autre : | Irrigation Tube nasogastrique Gastrostomie Autre : | Autre : |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À EFFECTUER DES SOINS INVASIFS** |
| **Nom du lieu (RPA, ressource, autre) : Nom du responsable :** |
| **ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIÉES** |
| **INSCRIRE LA DATE D’AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE QUI REMPLIT LE FORMULAIRE** |
| **Noms des aides-soignants autorisés** | **Soins respiratoires** | **Autres** | **Précisions** |
|  Aspiration des sécrétions trachéobronchiques Instillation trachéobronchique | Nettoyage canule interne de la trachéostomie et changement de pansement | Gonflement et dégonflement du ballonnet de la trachéostomie | Aspiration des sécrétions nasales avec cathéter |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |