

1. COORDONNÉES DU DIÉTÉTISTE-NUTRITIONNISTE

Nom :	_____	Prénom :	_____
No Matricule (employé) :	_____	No permis OPDQ :	_____
Direction clinique :	_____		
Installation :	_____		
N° de téléphone :	_____		
Adresse courriel :	_____		

2. ACTIVITÉS AUTORISÉES

DROIT D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS OU DES SUSTANCES (Aucune attestation de l'OPDQ requise)

- ☐ Je confirme avoir pris connaissance et consens à suivre :
- La règle de soins Administration de médicaments ou autres substances par un diététiste-nutritionniste (RSI-6027)
- Signature : _____ Date : _____

DROIT DE PRESCRIRE

- ☐ J'atteste avoir reçu ma formation pour le droit de prescrire et mon numéro de prescripteur de la RAMQ
- ☐ Je confirme avoir pris connaissance et consens à suivre :
- La règle de soins Prescription par diététistes (RSI-6028)
- Les règles d'émission et de gestion des ordonnances pharmaceutiques (CMDP)
- Signature : _____ Date : _____

DROIT DE PROCÉDER AU RETRAIT D'UN TUBE D'ALIMENTATION

- ☐ J'atteste avoir reçu ma formation pour le droit de procéder au retrait d'un tube d'alimentation
- ☐ Je confirme avoir pris connaissance et consens à suivre :
- La règle de soins Retrait définitif d'un tube d'alimentation par un diététiste-nutritionniste (RSI-6029)
- Signature : _____ Date : _____

Veillez retourner le formulaire et votre attestation de formation à l'adresse suivante: [DSMREU - Qualité de la pratique clinique](#)