

Nom du lieu (RPA, ressource, installation ou autre) :

Nom du responsable du lieu :

ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIÉES									
Inscrire la date d'autorisation et les initiales du responsable qui complète le formulaire									
Noms et prénoms 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 :	
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

Nom du lieu (RPA, ressource, installation ou autre) :

Nom du responsable du lieu :

ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIÉES									
Inscrire la date d'autorisation et les initiales du responsable qui complète le formulaire									
Noms et prénoms des aides-soignants autorisés		Soins respiratoires				Autres			Précisions
		☐ Aspiration des sécrétions trachéo-bronchiques ☐ Instillation trachéo-bronchique	Nettoyage canule interne de la trachéostomie et changement de pansement	Gonflement et dégonflement du ballonnet de la trachéostomie	Aspiration des sécrétions nasales avec cathéter				
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								
	Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	
	Initiales								

Référence : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2022). Règle de soins nationale : Activités de soins confiées à des aides-soignants.

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES