

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

Nom du responsable du lieu :

| VOIE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS                                                                     |           |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|---------------|--------------|-------------|--------|---------|----------|----------|------------|-------------|
| Inscrire la date d'autorisation et les initiales du responsable du lieu pour chaque voie d'administration |           |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
| Nom et prénom de l'aide-soignant                                                                          |           | Orale | Topique | Transdermique | Ophthalmique | Auriculaire | Nasale | Rectale | Entérale | Vaginale | Inhalation | Insuline SC |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |              |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | 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 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |           |           |           |           |           |
|           |           |           |           |           |           |           |           |
|           |           |           |           |           |           |           |           |

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

Nom du responsable du lieu :

| VOIE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS                                                                     |           |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|---------------|-------------|-------------|--------|---------|----------|----------|------------|-------------|
| Inscrire la date d'autorisation et les initiales du responsable du lieu pour chaque voie d'administration |           |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
| Nom et prénom de l'aide-soignant                                                                          |           | Orale | Topique | Transdermique | Ophtalmique | Auriculaire | Nasale | Rectale | Entérale | Vaginale | Inhalation | Insuline SC |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Initiales |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | Date      |       |         |               |             |             |        |         |          |          |            |             |
|                                                                                                           | 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 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |           |           |           |           |           |
|           |           |           |           |           |           |           |           |
|           |           |           |           |           |           |           |           |