



Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

AUTOMÉDICATION POSTPARTUM ENGAGEMENT ET FEUILLE D'ADMINISTRATION

Admissibilité

☐ Après avoir procédé à l'évaluation, cette usagère est admissible à la procédure d'automédication

Signature de l'infirmière

Date : _____
aaaa/mm/jj

Explications sur l'utilisation de la procédure d'automédication

- La procédure d'auto-administration des médicaments après l'accouchement implique que vous preniez vous-même vos médicaments compris dans la trousse (sac) qui vous est remise. Cette façon de faire vous permet de gérer vous-même la prise de vos médicaments selon vos besoins. L'auto-administration, selon les consignes données, est tout à fait sécuritaire.
- Des explications vous sont données par le personnel infirmier avec le formulaire (verso) pour inscrire les doses que vous prenez. Vous trouverez sur le formulaire les consignes sur les doses (nombre de comprimés) à prendre et la fréquence (nombre d'heures) à respecter.
- De plus, un feuillet d'information sur les médicaments et les instructions d'administration vous est remis. Vous trouverez la description de chaque médicament, leur mode d'administration de même que leurs principaux effets secondaires.
- En tout temps, le personnel infirmier demeure disponible pour vous aider et répondre à vos questions.

Engagement

Je soussignée, _____, comprends les explications données
Usagère
par le personnel infirmier et m'engage à respecter les conditions suivantes :

- Prendre mes médicaments dans le cadre de la procédure d'auto-administration des médicaments.
- Respecter la dose et la fréquence indiquées.
- Respecter les mesures de sécurités suivantes : conserver de manière sécuritaire tous les médicaments qui me seront remis et les garder hors de la portée des enfants et des visiteurs;
- Ne donner aucun médicament à qui que ce soit;
- Ne prendre aucun autre médicament que ceux qui me seront remis par le personnel de l'hôpital;
- Consulter le personnel infirmier en tout temps si j'ai des questions.

Signature de l'usagère

Date : _____
aaaa/mm/jj

Signature du personnel infirmier ayant remis et expliqué la trousse

Date : _____
aaaa/mm/jj

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Feuille d'administration des médicaments (FADM)

Allergie : _____

Personnel infirmier : Inscrire les allergies. Cocher les cases correspondant aux médicaments mis dans de la trousse et rayer, s'il y lieu, les médicaments qui ne sont pas remis (ex. : absence d'hémorroïde). Apposer vos initiales dans l'espace correspondant à votre quart de travail et apposer votre signature au bas.

Usagère : Lorsque vous prenez un médicament, inscrire l'heure dans la case vis-à-vis le médicament pris.

MÉDICAMENTS	aaaa	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj
☐ Acétaminophène 500 mg (comprimé blanc) 1 à 2 comprimés aux 6 heures si douleur - Max : 8 comprimés par jour		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
☐ Naproxen 500 mg (comprimé jaune) 1 comprimé 2 fois par jour si douleur - Max : 2 comprimés par jour		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
☐ Hydrocortisone 0,5 % / sulfate de zinc onguent - Appliquer sur hémorroïdes 2 fois par jour et après chaque selle - Max : 4 fois par jour		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
☐ Lidocaïne 5 % onguent - Appliquer sur périnée ou hémorroïdes si douleur - Max : 4 fois / jour		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
☐ Polyéthylène glycol (PEG 3350) 17 g Un sachet unidose en poudre par jour au besoin si constipation		hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm

VÉRIFICATION PAR L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE									
Espace réservé au personnel infirmier	Nuit								
	Jour								
	Soir								
Signature et titre	Initiales	Signature et titre			Initiales	Signature et titre			Initiales