



MOCLI60554

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

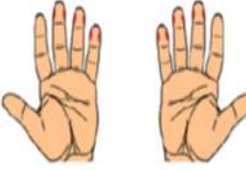
NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PRESCRITS RÉGULIERS – DIRECTIVE AIDE-SOIGNANT

Règle de soins nationale : Annexe 2

Voie	Précisions	Directives	Date	Initiales	Cessé	
					Date	Initiales
☐ Orale	☐ Comprimé ☐ Dosette/pilulier ☐ Contenant original ☐ Sachets ☐ Autre forme ☐ Pulvérisateur ☐ Liquide/sirop ☐ Seringue ☐ Gobelet gradué					
☐ Topique	☐ Crème/onguent ☐ Poudre/pâte ☐ Produit bain ☐ Lotion/shampooing					
☐ Inhalation	☐ Aérosol doseur ☐ Nébuliseur ☐ Inhalateur (poudre)					
☐ Ophtalmique ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Gouttes ☐ Onguent					
☐ Nasale ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Gouttes ☐ Vaporisateur					
☐ Auriculaire ☐ Droit ☐ Gauche	☐ Gouttes ☐ Huile					
☐ Rectale ☐ Colostomie	☐ Suppositoire ☐ Lavement ☐ Crème/onguent/gel					
☐ Vaginale	☐ Ovule/suppositoire ☐ Crème/onguent					

Voie	Précisions	Directives	Date	Initiales	Cessé	
					Date	Initiales
Transdermique ☐ Timbre ☐ Rotation du timbre						
Insuline sous-cutanée ☐ 30 minutes avant le repas ☐ Régulier ☐ Selon échelle ☐ Seringue préremplie ☐ Stylo ☐ Rotation du site d'injection						
☐ Glycémie capillaire ☐ Avant déjeuner ☐ Avant dîner ☐ Avant souper ☐ Avant coucher ☐ Manifestations d'hypoglycémie à surveiller : ☐ Appliquer protocole en cas d'hypoglycémie						
☐ Entérale						

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 DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES