

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ADMINISTRATION MÉDICAMENT PRESCRIT RÉGULIER - ENREGISTREMENT AIDE-SOIGNANT

Règle de soin nationale : Annexe 3

Identification médicaments • Si un seul médicament, inscrire son nom • Si plusieurs médicaments regroupés, indiquer les moments où les sachets sont administrés • Si timbre ou insuline, indiquer les sites selon les jours avec le nom du médicament	Année : _____ Mois : _____ (changer de formulaire chaque mois) aaaa mm															
	L'aide-soignant appose ses initiales sous la date et sur la ligne de l'heure d'administration															
	Légende pour la médication non-administrée R : Refus INA : Insuline non administrée M : Médication manquante S : Sortie à l'extérieur H : Hospitalisation															
	Jour Heure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
hh:mm																
hh:mm																
hh:mm																
hh:mm																
hh:mm																
hh:mm																
hh:mm																
hh:mm																

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

Identification médicaments • Si un seul médicament, inscrire son nom • Si plusieurs médicaments regroupés, indiquer les moments où les sachets sont administrés • Si timbre ou insuline, indiquer les sites selon les jours avec le nom du médicament	Année : _____ Mois : _____ (changer de formulaire chaque mois) aaaa mm															
	L'aide-soignant appose ses initiales sous la date et sur la ligne de l'heure d'administration															
	Légende pour la médication non-administrée R : Refus INA : Insuline non administrée M : Médication manquante S : Sortie à l'extérieur H : Hospitalisation															
	Jour Heure	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	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															

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