

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ADMINISTRATION MÉDICAMENTS AU BESOIN (PRN) ENREGISTREMENT AIDE-SOIGNANT

Règle de soins nationale : Annexe 5

Identification du médicament				Date : _____ aaaa/mm/jj			Date : _____ aaaa/mm/jj			Date : _____ aaaa/mm/jj		
- Inscrire le nom du médicament - Inscrire la raison d'administration - Indiquer la quantité (qté) : mL, nombre de comprimés - Indiquer la fréquence				Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales
				hh:mm								
				hh:mm								
				hh:mm								
				hh:mm								
Médicament et raison d'administration				Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales
				hh:mm								
				hh:mm								
				hh:mm								
				hh:mm								

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

Identification du médicament - Inscrire le nom du médicament - Inscrire la raison d'administration - Indiquer la quantité (qté) : mL, nombre de comprimés - Indiquer la fréquence	Date : _____ aaaa/mm/jj			Date : _____ aaaa/mm/jj			Date : _____ aaaa/mm/jj		
Médicament et raison d'administration	Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales
	hh:mm								
	hh:mm								
	hh:mm								
	hh:mm								
	hh:mm								
	hh:mm								
	hh:mm								
	hh:mm								
Médicament et raison d'administration	Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales	Heure	Qté	Initiales
	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