



MOCLI60558

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

SOIN D'ASSISTANCE ACTIVITÉ VIE QUOTIDIENNE (AVQ) DIRECTIVE AIDE-SOIGNANT

Règle de soins nationale : Annexe 6

Activités de soins <i>*Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité</i>	Directives	Date aaaa/mm/jj	Initiales	Cessé	
				Date aaaa/mm/jj	Initiales
Élimination intestinale					
☐ Stimulation réflexe anal*					
☐ Tube rectal*					
☐ Toucher rectal*					
☐ Curage rectal*					
Stomie intestinale					
☐ Dilatation*					
☐ Irrigation*					
☐ Remplacement/vidange appareil collecteur					
Élimination urinaire					
☐ Cathétérisme*					
☐ Mesure de l'urine					
☐ Installation condom urinaire					
☐ Irrigation vésicale à circuit ouvert*					
☐ Entretien du système de drainage (à préciser)					
Stomie urinaire					
☐ Dilatation*					
☐ Remplacement/vidange Appareil collecteur					
Système respiratoire					
☐ Concentrateur ☐ Cylindre					
☐ Lunette nasale ☐ Masque					
☐ CPAP ☐ BPAP					
☐ Aspiration des sécrétions*					
Trachéostomie					
☐ Soins canule interne*					
☐ Entretien (à préciser)					

#Dossier :

[illegible]

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES