Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

Installation : _____

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

SOIN ASSISTANCE ACTIVITÉ VIE QUOTIDIENNE (AVQ)
OBSERVATION AIDE SOIGNANT

Règle de soins nationale : Annexe 8

Date	Heure	Activités de soins	Observations
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		

SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES	SIGNATURE	INITIALES

Nom : Prénom : #Dossier :

Date	Heure	Activités de soins	Observations
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	hh:mm		
aaaa/mm/jj	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