

Nom et prénom de l'aide-soignant : _____ Date de naissance : _____

Formation réglementée complétée le : _____

Précisez le type de formation reçue : ☐ Centre de services scolaire (CSS) ☐ Établissement ☐ Entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EESAD)

Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées Préciser, sous le nom de l'activité, le nom de l'utilisateur pour lequel le soin invasif est autorisé.											
Légende : F : Formation complémentaire S : Supervision (date de la dernière supervision) A : Autorisation R : Révocation d'autorisation											
Voies d'administration		Date	Initiales	Voies d'administration		Date	Initiales	Voies d'administration		Date	Initiales
Stimulation réflexe anal	F	aaaa/mm/jj		Toucher rectal	F	aaaa/mm/jj		Curage rectal	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	
Précision :				Précision :				Précision :			
Insertion tube rectal	F	aaaa/mm/jj		Dilatation stomie intestinale	F	aaaa/mm/jj		Irrigation par colostomie	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	
Précision :				Précision :				Précision :			
Cathétérisme intermittent chez l'homme	F	aaaa/mm/jj		Cathétérisme intermittent chez la femme	F	aaaa/mm/jj		Irrigation vésicale circuit ouvert	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	
Précision :				Précision :				Précision :			
Autre :	F	aaaa/mm/jj		Autre :	F	aaaa/mm/jj		Autre :	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	
Précision :				Précision :				Précision :			

Référence : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2022). Règle de soins nationale : Activités de soins confiées à des aides-soignants.

Nom et prénom de l'aide-soignant : _____ Date de naissance : _____aaaa/mm/jj

Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées
Préciser, sous le nom de l'activité, le nom de l'utilisateur pour lequel le soin invasif est autorisé.

Légende : F : Formation complémentaire S : Supervision (date de la dernière supervision) A : Autorisation R : Révocation d'autorisation

Voies d'administration		Date	Initiales	Voies d'administration		Date	Initiales	Voies d'administration		Date	Initiales
Instillation trachéobronchique	F	aaaa/mm/jj		Nettoyage canule interne et changement pansement	F	aaaa/mm/jj		Irrigation gastrostomie jéjunostomie	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	

Précision : _____

Aspiration sécrétions nasales avec cathéter	F	aaaa/mm/jj		Aspiration sécrétions trachéobronchiques	F	aaaa/mm/jj		Irrigation tube nasogastrique ou autre	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	

Précision : _____

Gonflement/dégonflement ballonnet canule trachéostomie	F	aaaa/mm/jj		Alimentation entérale ou par tube	F	aaaa/mm/jj		Autre :	F	aaaa/mm/jj	
	S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj			S	aaaa/mm/jj	
	A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj			A	aaaa/mm/jj	
	R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj			R	aaaa/mm/jj	

Précision : _____

Mesures exigées lors d'un retrait d'une autorisation (reprise d'une formation, supervision requise ou autre) et suivi effectué

Signature du professionnel : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____aaaa/mm/jj

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