

REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D'AUTORISATION

Activités de soins confiées aux aides-soignants - Administration des médicaments

Règle de soins nationale : Annexe 9

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

Formation réglementée complétée le : _____aaaa/mm/jj

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 voies d'administration confiées

Légende : 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
Voie Orale	S	aaaa/mm/jj		Voie ophtalmique	S	aaaa/mm/jj		Voie rectale	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 :			
Voie topique	S	aaaa/mm/jj		Voie auriculaire	S	aaaa/mm/jj		Par colostomie	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 :			
Voie transdermique (timbre cutané)	S	aaaa/mm/jj		Voie nasale	S	aaaa/mm/jj		Voie vaginale	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 :			
Par inhalation	S	aaaa/mm/jj		Voie sous-cutanée (insuline seulement)	S	aaaa/mm/jj		Autre ☐ Entérale ☐ Épipen ☐ Glucagon	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 :			

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	PROFESSION	INITIALES

RÉVOCATION D'UNE AUTORISATION

Nom et prénom de l'aide-soignant : _____ Date de naissance : ____aaaa/mm/jj____

Mesures exigées (reprise d'une formation, supervision requise ou autres)

Signature du professionnel habilité : _____ Titre d'emploi : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____

Suivis effectués

Signature du professionnel habilité : _____ Titre d'emploi : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____

Réautorisation de l'aide-soignant

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|
| ☐ Orale | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ | ☐ Topique | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ |
| ☐ Transdermique | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ | ☐ Inhalation | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ |
| ☐ Rectale | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ | ☐ Colostomie | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ |
| ☐ Nasale | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ | ☐ Ophtalmique | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ |
| ☐ Auriculaire | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ | ☐ Sous-cutanée | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ |
| ☐ Vaginale | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ | ☐ Entérale | Date : ____aaaa/mm/jj____ initiales _____ |

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