

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

FEUILLE D'INSCRIPTION DE LA MÉDICATION CLIENTÈLE EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Outil d'aide à la décision : utilisation de la médication en fonction des signes et symptômes observés							
DOULEUR ¹					ÉTAT DE CONSCIENCE ²		RESPIRATION ³
Visage	Larmes	Gémissements	Membres	Mouvements	Agitation, anxiété		Râles, respiration
Crispé, grimaçant	Présente	Présents	Rigides, spasmes	Agité	insomnie		Rapide, difficile bruyantes

Pour chaque médicament inscrit, faites un « X » dans la case qui correspond à l'heure de la prise de médication.

Lorsque	Date aaaa/mm/jj	Heures																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
• Douleur¹ • Essoufflement³ • Toux³ • Respiration rapide³																									
Nom du médicament :																									
Chaque																									
☐ Au besoin ☐ Régulier																									

Lorsque	Date aaaa/mm/jj	Heures																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
• Anxiété ²																									
Nom du médicament :																									
Chaque																									
☐ Au besoin ☐ Régulier																									

Nom, prénom :

#Dossier :

Lorsque	Date aaaa/mm/jj	Heures																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
• Agitation ²																									
Nom du médicament :																									
Chaque																									
☐ Au besoin																									
☐ Régulier																									

Lorsque	Date aaaa/mm/jj	Heures																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
• Sécrétions pulmonaires ³																									
• Râles ³																									
Nom du médicament :																									
Chaque																									
☐ Au besoin																									
☐ Régulier																									

Lorsque	Date aaaa/mm/jj	Heures																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
• _____																									
• _____																									
Nom du médicament :																									
Chaque																									
☐ Au besoin																									
☐ Régulier																									

Lorsque	Date aaaa/mm/jj	Heures																							
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
• _____																									
• _____																									
Nom du médicament :																									
Chaque																									
☐ Au besoin																									
☐ Régulier																									