**ANNEXE 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D’AUTORISATION**  **Activités de soins confiées aux aides-soignants – Soins invasifs d’assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)** | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant :** | | | | | | | | | | | |
| **Formation réglementée complétée le (date) :** \_  Préciser le type de formation reçue :  Centre de services scolaire (CSS)  Établissement  Entreprises d’économie sociale en aide à domicile (EESAD) | | | | | | | | | | | |
| **Activités de soins** | | **Date** | **Initiales** | **Activités de soins** | | **Date** | **Initiales** | **Activités de soins** | | **Date** | **Initiales** |
| **Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des activités de soins invasifs confiées.**  **Légende : F**  Formation spécifique **S**  Supervision **A**  Autorisation **R**  Révocation de l’autorisation | | | | | | | | | | | |
| Stimulation réflexe anal | F |  |  | Toucher rectal | F |  |  | Curage rectal | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | | | | Précision : | | | | Précision : | | | |
| Insertion tube rectal | F |  |  | Dilatation stomie intestinale | F |  |  | Irrigation par colostomie | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | | | | Précision : | | | | Précision : | | | |
| Cathétérisme intermittent chez l’homme | F |  |  | Cathétérisme intermittent chez la femme | F |  |  | Irrigation vésicale circuit ouvert | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | | | | Précision : | | | | Précision : | | | |
| Autre : | F |  |  | Autre : | F |  |  | Autre : | F |  |  |
| S |  |  | S |  |  | S |  |  |
| A |  |  | A |  |  | A |  |  |
| R |  |  | R |  |  | R |  |  |
| Précision : | | | | Précision : | | | | Précision : | | | |

RECTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant :** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Activités de soins** | | **Date** | **Initiales** | | | **Activités de soins** | | | **Date** | | **Initiales** | **Activités de soins** | | | **Date** | **Initiales** | |
| **Directives : Les initiales sont celle 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’usager pour lequel le soin invasif est autorisé.**  **Légende : F**  Formation spécifique **S**  Supervision **A**  Autorisation **R**  Révocation de l’autorisation | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instillation trachéobronchique | F |  |  | | Nettoyage canule interne et changement pansement | | | F |  | |  | Irrigation gastrostomie, jéjunostomie | | F |  |  | |
| S |  |  | | S |  | |  | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | | Précision : | | | | | |
| Aspiration sécrétions nasales avec cathéter | F |  |  | | Aspiration sécrétions trachéobronchiques | | | F |  | |  | Irrigation tube nasogastrique ou autre | | F |  |  | |
| S |  |  | | S |  | |  | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | | Précision : | | | | | |
| Gonflement/ dégonflement ballonnet canule trachéostomie | F |  |  | | Alimentation entérale ou par tube | | | F |  | |  | Autre : | | F |  |  | |
| S |  |  | | S |  | |  | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | | Précision : | | | | | |
| **Mesures exigées lors de la révocation d’une autorisation (reprise d’une formation, supervision requise ou autre) et suivi effectué**  **Signature du professionnel : Titre d’emploi : Date :** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | | | | **PROFESSION** | | | **INITIALES** | | | **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | | | **PROFESSION** | | | | **INITIALE S** |
|  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  |

VERSO