**ANNEXE 12**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À EFFECTUER DES SOINS INVASIFS** | | | | | | | | | |
| **Nom du lieu (RPA, ressource, autre) : Nom du responsable du lieu :** | | | | | | | | | |
| **ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIÉES** | | | | | | | | | |
| **INSCRIRE LA DATE D’AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE DU RESPONSABLE QUI COMPLÈTE LE FORMULAIRE** | | | | | | | | | |
| **Noms des aides-soignants autorisés** | | **Élimination intestinale et vésicale** | | | | **Alimentation** | | | **Précisions** |
|  Curage rectal   Toucher rectal   Stimulation anale |  Cathétérisme intermittent |  Irrigation par colostomie   Irrigation vésicale | Autre : | Alimentation entérale   Tube nasogastrique   Gastrostomie   Autre : | Irrigation   Tube nasogastrique   Gastrostomie   Autre : | Autre : |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

RECTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRE DES AIDES-SOIGNANTS AUTORISÉS À EFFECTUER DES SOINS INVASIFS** | | | | | | | | | |
| **Nom du lieu (RPA, ressource, autre) : Nom du responsable :** | | | | | | | | | |
| **ACTIVITÉS DE SOINS INVASIFS CONFIÉES** | | | | | | | | | |
| **INSCRIRE LA DATE D’AUTORISATION (A) ET LES INITIALES (I) DU RESPONSABLE QUI COMPLÈTE LE FORMULAIRE** | | | | | | | | | |
| **Noms des aides-soignants autorisés** | | **Soins respiratoires** | | | | **Autres** | | | **Précisions** |
|  Aspiration des sécrétions trachéobronchiques   Instillation trachéobronchique | Nettoyage canule interne de la trachéostomie et changement de pansement | Gonflement et dégonflement du ballonnet de la trachéostomie | Aspiration des sécrétions nasales avec cathéter |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **A** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** | **SIGNATURE** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

VERSO