**ANNEXE 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO  **ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PRESCRITS RÉGULIERS**  DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS | | | **Nom : Prénom : Date de naissance :** | | | | |
| **VOIE** | **PRÉCISIONS** | **DIRECTIVES** | | **DATE** | **INITIALES** | **CESSÉ** | |
| **DATE INITIALES** | |
|  **Orale** | * **Comprimé**   + Dosette/pilulier   + Contenant original   + Sachets * **Autre forme**   + Pulvérisateur * **Liquide/sirop**   + Seringue   + Gobelet gradué |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  **Topique** | * Crème/onguent * Poudre/pâte * Produit bain * Lotion/shampoing |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  **Inhalation** | * Aérosol doseur * Nébuliseur * Inhalateur (poudre) |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| * **Ophtalmique**   + Droit   + Gauche | * Gouttes * Onguent |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| * **Nasale**   + Droit   + Gauche | * Gouttes * Vaporisateur |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| * **Auriculaire**   + Droit   + Gauche | * Gouttes * Huile |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| * **Rectale** * **Colostomie** | * Suppositoire * Lavement * Crème/onguent/gel |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  **Vaginale** | * Ovule/suppositoire * Crème/onguent |  | |  |  |  |  |

RECTO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :** | | | | | | |
| **VOIE** | **PRÉCISIONS** | **DIRECTIVES** | **DATE** | **INITIALES** | **CESSÉ** | |
| **DATE INITIALES** | |
| **Transdermique**   * Timbre * Rotation du   timbre |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Insuline sous-cutanée**   * 30 minutes avant le repas   + Régulier   + Selon échelle * Seringue préremplie * Stylo * Rotation du site   d’injection |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * **Glycémie capillaire**   + Avant déjeuner   + Avant dîner   + Avant souper   + Avant coucher | * Manifestations d’hypoglycémie à surveiller : * Appliquer protocole en cas d’hypoglycémie si : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  **Entérale** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** | **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

VERSO