**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