**ANNEXE 9**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRE DE SUIVI DE FORMATION, DE SUPERVISION ET D’AUTORISATION**  ACTIVITÉS DE SOINS CONFIÉES AUX AIDES-SOIGNANTS – ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant : Formation réglementée complétée le (date) :**  Préciser le type de formation reçue :  Centre de services scolaire (CSS)  CISSS ou CIUSSS  Entreprises d’économie sociale en aide à domicile (EESAD) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Voies d’administration** | | **Date** | **Initiales** | | **Voies d’administration** | | | **Date** | | **Initiales** | **Voies d’administration** | | | **Date** | **Initiales** | |
| **Directives : Les initiales sont celles du professionnel habilité qui remplit le registre pour chacune des voies d’administration confiées**  **Légende : S**  Supervision (date de la dernière supervision) **A**  Autorisation **R**  Révocation d’autorisation | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Voie orale | S |  |  | | Voie ophtalmique | | S |  | |  | Voie rectale | | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | Précision : | | | | | |
| Voie topique | S |  |  | | Voie auriculaire | | S |  | |  | Par colostomie | | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | Précision : | | | | | |
| Voie transdermique (timbre cutané) | S |  |  | | Voie nasale | | S |  | |  | Voie vaginale | | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | Précision : | | | | | |
| Par inhalation | S |  |  | | Voie sous-cutanée (insuline seulement) | | S |  | |  | Autre  Entérale | | S |  |  | |
| A |  |  | | A |  | |  | A |  |  | |
| R |  |  | | R |  | |  | R |  |  | |
| Précision : | | | | | Précision : | | | | | | Précision : | | | | | |
| SIGNATURE DU PROFESSIONNEL | | | | PROFESSION | | INITIALES | | | SIGNATURE DU PROFESSIONNEL | | | PROFESSION | | | | INITIALE S |
|  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  |

RECTO

|  |
| --- |
| **RÉVOCATION D’UNE AUTORISATION** |
| **Nom et prénom de l’aide-soignant :** |
| **Mesures exigées (reprise d’une formation, supervision requise ou autres)**  **Signature du professionnel habilité : Titre d’emploi : Date :** |
| **Suivis effectués**  **Signature du professionnel habilité : Titre d’emploi : Date :** |
| **Réautorisation de l’aide-soignant**   Orale Date : \_ Initiales : \_  Topique Date : Initiales : \_   Transdermique Date : \_ Initiales : \_  Inhalation Date : Initiales : \_   Rectale Date : \_ Initiales : \_  Colostomie Date : Initiales : \_   Nasale Date : \_ Initiales : \_  Ophtalmique Date : Initiales : \_   Auriculaire Date : \_ Initiales : \_  Sous-cutanée Date : Initiales : \_   Vaginale Date : \_ Initiales : \_  Entérale Date : Initiales : \_ |

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

VERSO