**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