

ANNEXE 9

Centre de santé et de services sociaux
Centre de santé et de services sociaux

Dossier : _____

Nom : _____

Prenoms : _____

Date de naissance : _____ AAAA/MM/JJ

**SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM)
DISTRIBUTION DE LA MÉDICATION**

Pharmacie : _____
Lieu d'entreposage: Domicile CLSC Hochelaga-Maisonneuve
Médication servie en: Dosette Dispill (unitdose) Autre: _____
Particularités:

Profil pharmaceutique de la médication: nom, posologie, présentation	8h	12h	17h	hs	pm

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MANGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MANGE

Initials _____ Date _____ Signature _____ Titre _____

Suivi intensif dans le milieu - Distribution de
la médication

NOM		PRÉNOM:		NO. DOSSIER.							
Mois/Année:		Distribution de la médication				Retour de la médication					
Heure		Médication rendue par (initiales)		Remarques		Détail des retours		Médication rapportée par (initiales)		Vérifié par (initiales infirmière)	
AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
Initials	Signature	Initials	Signature	Initials	Signature	Initials	Signature	Initials	Signature	Initials	Signature

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

Suivi intensif dans le milieu - Distribution de
la médication