

Nom : _____

Prénoms :

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

Pharmacie: _____

Lieu d'entreposage: ☐ Domicile ☐ CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Médication servie en: ☐ Dosette ☐ Dispill (unidose) ☐ Autre: _____

Particularités:[illegible]

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

Initiales	Date	Signature	Titre

NOM		PRÉNOM		NO. DOSSIER							
Mois/Années		Distribution de la médication				Retour de la médication					
Heure		Médication remise 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											

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

Initiales

Signature

Initiales

Signature

Initiales

Signature

Initiales

Signature

Suivi intensif dans le milieu - Distribution de la médication