



Hôpital Santa-Cabrini

**FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (24 heures)**

Allergies:

Intolérances:

Poids:

Taille:

Notes à l'infirmière:

Légende: A: absent R: refus J: à jeun M: rx manquant AAO/AANO: auto-administration objectivée/non objectivée grisé: pas d'administration

Médicaments	Nuit	Jour	Soir
Médicament: _____ Dose: _____ Intervalle: _____ Voie: _____ Prescrit le : _____ Initiales de la personne ayant inscrit sur la FADM: _____			
Médicament: _____ Dose: _____ Intervalle: _____ Voie: _____ Prescrit le : _____ Initiales de la personne ayant inscrit sur la FADM: _____			
Médicament: _____ Dose: _____ Intervalle: _____ Voie: _____ Prescrit le : _____ Initiales de la personne ayant inscrit sur la FADM: _____			
Médicament: _____ Dose: _____ Intervalle: _____ Voie: _____ Prescrit le : _____ Initiales de la personne ayant inscrit sur la FADM: _____			

FADM valide du		au		Vérfiée par (date/h):	
Nom, Prénom	Init.	Nom, Prénom	Init.	Nom, Prénom	Init.