



## FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (7 jours)

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	heure	Date	Date	Date	Date	Date	Date
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	Vérifiée par (date/h):			
Nom, Prénom	Init.	Nom, Prénom	Init.	Nom, Prénom	Init.	