MR61440

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Québec

Identification de l'usager

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

SOINS INVASIFS ET NON INVASIFS D'ASSISTANCE AUX AVQ (OBSERVATIONS)

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Observations des aides-soignants (Source : MSSS – Règle de soins nationale)

Date AAAA-MM-JJ	**Heure** HH : MM	**Activités de soins**	**Observations**

Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales

Nom : Prénom : Nº dossier :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)**:**

Date AAAA-MM-JJ	**Heure** HH : MM	**Activités de soins**	**Observations**

Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales	Signature de l'aide-soignant	Initiales