Nom
Prénom

Tableau de distribution des médicaments - traitements réguliers

Photo de l'adhérent

Veuillez inscrire ici les renseignements concernant l'aide à la prise des médicaments de l'adhérent (*ex : il prend son traitement dans du yaourt, il prend son traitement caché dans un gateau…*)

Pour **AS** : espace pour noter les **questions** avant le départ

		Samedi					Dimanche					Lundi					Mardi					Mercredi					Jeudi					Vendredi					Samedi				
Nom et dosage du médicament *Ex: Doliprane 500mg*	Posologie *Ex : 1*	Horaire de prise																																							
		8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30	8h	12h	16h	19h	20h 30

Nom Prénom	**Tableau de distribution des médicaments - traitements "si besoin"**							
Nom et dosage du médicament en si besoin	Si ? *Ex : si agitation, si violence, si constipation..*	Décrire ce que cela représente factuellement pour cet adhérent *Ex : pas de selles depuis 2 jours, s'arrache les cheveux...*	Posologie	Nombre de doses maximum par jour	Donné le	A quelle heure	Motif	Parents prévenus Date et heure