FICHE MENSUELLE D'ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS ET TRAITEMENTS

Mois : _____

Pharmacovigilance lors de l'administration :

_____

_____

_____

_____

_____

Médicament ou traitement donné : **Initiales**

Médicament « PRN » : **Initiales et heure**

Médicament ou traitement non donné : **O**

Médicament ou traitement refusé : **R**

Médicament confié au bénéficiaire : « **auto-administration** »

Usager sorti avec médication : **S**

Usager sorti sans médication : **O/S**

Informations supplémentaires aux notes d'évolution : *****

Nouvelle médication ou traitement : **→**

(C) Médicament ou traitement cessé : « **cessé** »

N° de dossier : Date d'admission :

	MÉDICAMENTS	Heures	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
			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

Inscription conforme à la prescription	Date	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales	Date	Initiales	Pagination	Chambre

Signatures au verso

(C) Médicament ou traitement cessé : « **cessé** »

	MÉDICAMENTS	Heures	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

	TRAITEMENTS	Heures	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

Signatures : **J** : Bleu **S** : Vert **N** : Rouge

Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales