**10 – TABLEAU DE PRISE DES MEDICAMENTS**

**Personne chargée de l'aide à la prise des médicaments :**

**NOM : Prénom : Signature :**

**Personne suppléante chargée de l'aide à la prise des médicaments :**

**NOM : Prénom : Signature :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du vacancier** | **JOUR 1** | | | | **JOUR 2** | | | | **JOUR 3** | | | | **JOUR 4** | | | |
| Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **A remplir et à signer à chaque prise de médicaments, ne pas faire de croix**

**Personne chargée de l'aide à la prise des médicaments :**

**NOM : Prénom : Signature :**

**Personne suppléante chargée de l'aide à la prise des médicaments :**

**NOM : Prénom : Signature :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du vacancier** | **JOUR 5** | | | | **JOUR 6** | | | | **JOUR 7** | | | | **JOUR 8** | | | |
| Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **A remplir et à signer à chaque prise de médicaments, ne pas faire de croix**