**11 – 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** | **Samedi** | | | | **Dimanche** | | | | **Lundi** | | | | **Mardi** | | | |
| Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**A remplir et signer à chaque prise de médicaments**

**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** | **Mercredi** | | | | **Jeudi** | | | | **Vendredi** | | | | **Samedi** | | | |
| Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre | Matin | Midi | Soir | Autre |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**A remplir et signer à chaque prise de médicaments**