Etiquette patient	Psychiatre:	Somaticien:

Fiche de prescription et d'administration des médicaments

Poids (Kg) :	Taille (cm):	Régime alimentaire :
Allergie:	Clairance:	

PRESCRIPTION *traitements à prises espacées (NAP, DECAPEPTYL, UVEDOSE..)*

ADMINISTRATION *Le :* *MOIS : ……..* *ANNEE : ……*

DEBUT Date - Heure	Prescripteur Signature	**MEDICAMENT DOSAGE**	Prévue le :	**VOIE**	**M**	**M**	**S**	**N**	*FIN - ↕* Date - Heure	Prescripteur Signature

Observations :

	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
TA																																									
Pulsations																																									
Température																																									

Observations :

	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
TA																																									
Pulsations																																									
Température																																									

Observations :

	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
TA																																									
Pulsations																																									
Température																																									

Observations :

	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N	M	M	S	N
TA																																									
Pulsations																																									
Température																																									

Emargement IDE (Signature)

Symboles de la non administration : R (refus); A (absent); Ag (agité); N (médicament non disponible); J (à jeun); D (nausée, vomissement, diarrhée, problème déglutition); S (sédaté); ↕ (arrêt)

Date - Heure	**SIGNALEMENT D'INCIDENTS OU EFFETS INDESIRABLES LORS D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS**	**OBSERVATIONS - COMMENTAIRES médecin, IDE**	Nom Signature

Tout effet indésirable majeur, grave ou inattendu doit faire l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance (cf PR/PVG/001-A). Contacter la pharmacie