

REGISTRE
DELIVRANCE DE SOINS
OU TRAITEMENTS MEDICAUX

| | |
|--|---|
| Nom de l'enfant | |
| Nom du professionnel ayant effectué l'acte | |
| Descriptif de l'acte | <input type="checkbox"/> administration de médicament <input type="checkbox"/> réalisation d'un soin |
| Date de l'acte | |
| Heure | |
| Nom★ du médicament administré : | |
| Dosage administré : | |

★ Nom du médicament figurant sur la boîte

| | |
|--|---|
| Nom de l'enfant | |
| Nom du professionnel ayant effectué l'acte | |
| Descriptif de l'acte | <input type="checkbox"/> administration de médicament <input type="checkbox"/> réalisation d'un soin |
| Date de l'acte : | |
| Heure | |
| Nom★ du médicament administré | |
| Dosage administré | |

★ Nom du médicament figurant sur la boîte

| | |
|--|---|
| Nom de l'enfant | |
| Nom du professionnel ayant effectué l'acte | |
| Descriptif de l'acte | <input type="checkbox"/> administration de médicament <input type="checkbox"/> réalisation d'un soin |
| Date de l'acte | |
| Heure | |
| Nom★ du médicament administré | |
| Dosage administré | |

★ Nom du médicament figurant sur la boîte

| | |
|--|---|
| Nom de l'enfant | |
| Nom du professionnel ayant effectué l'acte | |
| Descriptif de l'acte | <input type="checkbox"/> administration de médicament <input type="checkbox"/> réalisation d'un soin |
| Date de l'acte | |
| Heure | |
| Nom★ du médicament administré | |
| Dosage administré | |

★ Nom du médicament figurant sur la boîte

| | |
|--|---|
| Nom de l'enfant | |
| Nom du professionnel ayant effectué l'acte | |
| Descriptif de l'acte | <input type="checkbox"/> administration de médicament <input type="checkbox"/> réalisation d'un soin |
| Date de l'acte | |
| Heure | |
| Nom★ du médicament administré | |
| Dosage administré | |

★ Nom du médicament figurant sur la boîte