

**OBSERVATOIRE DES MÉDICAMENTS, DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET DE INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES – RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE
- OMÉDIT -**

<p>COMMISSION HAD</p>	<p>FICHE BON USAGE</p> <hr style="width: 20%; margin: auto;"/> <p>Relevé nominatif d'administrations au domicile du patient des MÉDICAMENTS INJECTABLES A RISQUE</p>	<p>Date de rédaction : Février 2016</p> <p>Date de validation au Comité Stratégique : Mars 2016</p>
---------------------------	--	---

Date de prescription/...../.....	Médicament (nom, dosage) :	Nom et signature du prescripteur :						
	ADMINISTRATION							
	Médicaments injectables (nom et dosage)	Date	Heure	Dose administrée	Nb d'unités utilisées	Initiales / identification de la personne ayant procédé à l'administration	Signature	Quantité restant en stock
<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p>	<p><i>Dispensation nominative</i> Ce médicament est réservé au patient :</p> <p>.....</p> <p>Dès la fin du traitement, merci de renvoyer ce relevé accompagné des unités non utilisées à la pharmacie</p>					<p>IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/></p>		

Compléter le verso SVP

PATIENT (nom, prénom, IPP)	ADMINISTRATION							Quantité restant en stock
	Médicaments injectables (nom et dosage)	Date	Heure	Dose administrée	Nb d'unités utilisées	Initiales / identification de la personne ayant procédé à l'administration	Signature	
Dispensation nominative Ce médicament est réservé au patient : Dès la fin du traitement, merci de renvoyer ce relevé accompagné des unités non utilisées à la pharmacie						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		
						IDE <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/>		

Date :/...../.....

Nom et signature du prescripteur (pour renouvellement dotation): .

Si vous cassez une ampoule, la noter sur ce relevé et joindre une déclaration manuscrite.