

Autorisation sur la base d'une formation

Nom et prénom du patient

--	--

Nom et prénom de l'aidant qualifié

--	--

Prestation(s) autorisée(s) et période de validité de chaque prestation

Si administration de médicaments

Nom de la spécialité pharmaceutique (la dénomination commune internationale et/ou le nom commercial original ou générique) ou le numéro de la préparation magistrale :	
Quantité et posologie à administrer :	
Concentration éventuelle dans la solution :	
Mode d'administration :	
Période ou fréquence d'administration :	
Formation délivrée par :	

Critères d'alerte

Modalités de concertation

Nom et prénom du médecin ou de l'infirmier

Date

Signature

Nom et signature du patient ou de son représentant légal pour accord