**CIUSSS PROGRAMME DI/TSA/DP DU SAGUENAY – LAC SAINT-JEAN**

**FICHE AIDE À LA DÉCISION POUR LA PRISDE DE MÉDICAMENT P.R.N.**

NOM DU CLIENT : nUMÉRO DE DOSSIER :

NOM DU SERVICE : DATE :

**Quelques questions à se poser qui peuvent orienter votre intervention**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUELLES SONT LES MESURES QUI PEUVENT ÉVITER LE PRN ?** | **OUI** | **NON** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUELLES SONT LES MANIFESTATIONS ET LES COMPORTEMENTS PRÉSENTÉS ?** | **OUI** | **NON** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***![AdobeUpdateManager[1]]()***

**La médication PRN peut être donnée seulement lorsque la personne manifeste tous ces comportements.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DÉCISION** | **OUI** | **NON** |
| **Les autres membres de l’équipe en place sont-t-ils en accord avec l’administration du PRN?** |  |  |
| **Le PRN peut être donné** |  |  |

Remplir et signer la fiche PRN et la remettre à l’infirmière lorsque toute complétée.

\*\*\*Cet outil ne remplace pas le jugement clinique de l’intervenant\*\*\*

Grille remplie par :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pivot :  | SAC :  | Infirmière :  |