



PROTOCOLE THERAPEUTIQUE

Nom : Prénom : Né(e)le:

Fiche n° : IIIa/.....
Mois :
Année :

SOINS..... DATE DEBUT :... / .../..... DATE FIN :...../../.....	
SOINS..... DATE DEBUT :.../ .../..... DATE FIN :...../../...../	
SOINS..... DATE DEBUT :.../ .../..... DATE FIN :...../../.....	
SOINS..... DATE DEBUT :.../ .../..... DATE FIN :...../../.....	
SOINS..... DATE DEBUT :.../ .../..... DATE FIN :...../../.....	

Pour injection , perfusion, sonde urinaire ou gastrique, alimentation entérale, alimentation parentérale, stomies, protocole chimio, pansements, collyres, soins dermatologiques
(® Noter le produit ou son générique, sa posologie, la durée d'injection, voie d'administration et durée du traitement et protocole particuliers (héparinisation, pansements)]