

Date:

Médecin Gastro:

Médecin AR:

IDE:

II DISPENSATION

Date:	Nombre de flacons	N° de lot	Date de péremption	Nom et signature
-------	-------------------	-----------	--------------------	------------------

III ADMINISTRATION

Date:	Heure de début	Heure de fin	Dose administrée	Nom et signature
-------	----------------	--------------	------------------	------------------

A l'admission:

- 1:Poids / Taille:
- 2:Température:
- 3:Pouls
- 4:Tension
- 5:Saturation
- 6: EI depuis la dernière injection

A mi injection

- 1:Pouls
- 2:Tension
- 3: Douleurs

A la fin de l'injection

- 1:Pouls
- 2:Tension
- 3: Douleurs
- 4: EI pendant l'injection

A la fin du rinçage

- 1:Pouls
- 2:Tension
- 3: Douleurs

Heure hydratation:

Heure dépiquer:

Heure départ:

Commentaires:

