

**ANNEXE 6 - Modèle de fiche de suivi de la distribution des médicaments**

**Distribution des médicaments**

**Fiche individuelle de suivi**

**P**

Prévoir ici la photographie du vacancier.

Nom, prénom et date de naissance du vacancier :…………………………………………………

Lieu de résidence habituelle :………………………………………………………………………

Nom et coordonnées du médecin à contacter, le cas échéant :

Lieu du séjour :

Du au

Responsable ou directeur :

Nom(s), prénom(s) et qualité de la (des)personne(s) chargée(s) de la distribution des médicaments :

Semaine du au :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Médicament n°1 | Matin | Midi | Soir  | Coucher | Signature de la personne chargée de la distribution  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Semaine du au :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date  | Médicament n°2 | Matin | Midi | Soir | Coucher | Signature de la personne chargée de la distribution |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Semaine du au :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date  | Médicament n°3 | Matin | Midi | Soir | Coucher | Signature de la personne chargée de la distribution |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Semaine du au :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date  | Médicament n°4 | Matin | Midi | Soir | Coucher | Signature de la personne chargée de la distribution |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Semaine du au :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date  | Médicament n°5 | Matin | Midi | Soir | Coucher | Signature de la personne chargée de la distribution |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |