

Médicaments hypnotiques

Nom: _____

Date	Y a-t-il des médicaments prescrits spécifiquement pour dormir ?	A-t-on vérifié s'il était possible de réduire la dose ?	La dose a-t-elle été réduite ?	Remarques	Durée de l'évaluation (min)	Nom du membre du personnel référent·e
	<input type="checkbox"/> Oui, le(s)quel(s) ? _____ _____ <input type="checkbox"/> En réserve, le(s)quel(s) _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de medication	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	<input type="checkbox"/> Oui, le(s)quel(s) ? _____ _____ <input type="checkbox"/> En réserve, le(s)quel(s) _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de medication	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
	<input type="checkbox"/> Oui, le(s)quel(s) ? _____ _____ <input type="checkbox"/> En réserve, le(s)quel(s) _____ _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas de medication	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			