



CHECKLIST DE LA FORMATION CONCERNANT LE KIT PRENOXAD

A remplir avant chaque dispensation

Personne en formation : Usager ; Accompagnant <i>(rayer la mention inutile)</i>		
Nom (initiales)	Date de naissance	Sexe
		Homme <input type="checkbox"/>
		Femme <input type="checkbox"/>

La personne que vous venez de former au kit Prenoxad :	Oui	Non*
Sait-elle identifier une overdose aux opioïdes ?		
Sait-elle ce qu'est Prenoxad et quand l'utiliser ?		
Sait-elle comment obtenir un kit Prenoxad ?		
Sait-elle quand et comment injecter Prenoxad ?		
A-t-elle compris le système de graduation de doses sur la seringue ?		
A-t-elle compris l'importance d'appeler immédiatement et systématiquement les secours ?		
A-t-elle compris le risque de résurgence de la dépression respiratoire même après une amélioration ?		
A-t-elle compris l'importance de surveiller le patient et d'attendre l'arrivée des secours ?		
Sait-elle comment retourner un kit Prenoxad utilisé ?		

**Un seul Non impose de refaire la formation puis de remplir une nouvelle checklist.*

La personne en formation ci-dessus a démontré comprendre et être sensibilisée à une overdose aux opioïdes, à l'utilisation du kit Prenoxad, à l'appel des services d'urgence et est habilitée à recevoir un kit Prenoxad afin de l'emporter chez elle.

Un guide Utilisateur lui a été remis.

Nom du formateur..... Date

Signature du formateur.....

Document à garder dans votre structure (ne pas envoyer aux Laboratoires Ethypharm)