



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)