

AUDIT FLASH : Évaluation de l'identification de l'utilisateur au moment de l'administration médicamenteuse

Q1 Identification de la structure : _____ **Q2 Identification du service audité :** _____
Q3 Date de l'audit : _____ **Q4 Identification de l'auditeur :** _____

* **NN** : Nom naissance, **PP** : 1er Prénom,
DN : Date de naissance, **QO** : Question ouverte,
QF : Question fermée, **NV** : Non vérifiée

				Uniquement si "Oui" à Q7					Uniquement si "Oui" à Q12	Uniquement si "Non" à Q12	Uniquement si "Autre" à Q14			Uniquement si "Concordance recherchée" à Q15
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix multiple	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique	Q13 Choix multiple	Q14 Choix multiple	Q14 Bis Libre	Q15 Choix Unique	Q16 Choix Unique	
N° Ordre	N° IPP ou IEP	Voie administration	Préparation* identifiée par une étiquette	L'étiquette est	L'étiquette comporte ***	L'étiquette comporte le N° de chambre ou de lit	Lors de l'administration, l'IDE dispose d'une prescription	Usager communiquant **	Identité de l'utilisateur est vérifiée par ***	L'identité de l'utilisateur est-elle vérifiée à l'aide de ?	Préciser autre	Une vérification de concordance est réalisée ?	Pour la Q15 les 3 traits stricts sont utilisés	
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

				Uniquement si "Oui" à Q7					Uniquement si "Oui" à Q12	Uniquement si "Non" à Q12	Uniquement si "Autre" à Q14	Uniquement si "Concordance recherchée" à Q15	
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix multiple	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique	Q13 Choix multiple	Q14 Choix multiple	Q14 Bis Libre	Q15 Choix Unique	Q16 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP ou IEP	Voie administration	Préparation* identifiée par une étiquette	L'étiquette est	L'étiquette comporte ***	L'étiquette comporte le N° de chambre ou de lit	Lors de l'administration, l'IDE dispose d'une prescription	Usager communiquant **	Identité de l'usager est vérifiée par ***	L'identité de l'usager est-elle vérifiée à l'aide de ?	Préciser autre	Une vérification de concordance est réalisée ?	Pour la Q15 les 3 traits stricts sont utilisés
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

				Uniquement si "Oui" à Q7					Uniquement si "Oui" à Q12	Uniquement si "Non" à Q12	Uniquement si "Autre" à Q14	Uniquement si "Concordance recherchée" à Q15	
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix multiple	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique	Q13 Choix multiple	Q14 Choix multiple	Q14 Bis Libre	Q15 Choix Unique	Q16 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP ou IEP	Voie administration	Préparation* identifiée par une étiquette	L'étiquette est	L'étiquette comporte ***	L'étiquette comporte le N° de chambre ou de lit	Lors de l'administration, l'IDE dispose d'une prescription	Usager communiquant **	Identité de l'usager est vérifiée par ***	L'identité de l'usager est-elle vérifiée à l'aide de ?	Préciser autre	Une vérification de concordance est réalisée ?	Pour la Q15 les 3 traits stricts sont utilisés
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

				Uniquement si "Oui" à Q7					Uniquement si "Oui" à Q12	Uniquement si "Non" à Q12	Uniquement si "Autre" à Q14	Uniquement si "Concordance recherchée" à Q15	
Q5 Libre	Q5 Bis Libre	Q6 Choix Unique	Q7 Choix Unique	Q8 Choix Unique	Q9 Choix multiple	Q10 Choix Unique	Q11 Choix Unique	Q12 Choix Unique	Q13 Choix multiple	Q14 Choix multiple	Q14 Bis Libre	Q15 Choix Unique	Q16 Choix Unique
N° Ordre	N° IPP ou IEP	Voie administration	Préparation* identifiée par une étiquette	L'étiquette est	L'étiquette comporte ***	L'étiquette comporte le N° de chambre ou de lit	Lors de l'administration, l'IDE dispose d'une prescription	Usager communiquant **	Identité de l'usager est vérifiée par ***	L'identité de l'usager est-elle vérifiée à l'aide de ?	Préciser autre	Une vérification de concordance est réalisée ?	Pour la Q15 les 3 traits stricts sont utilisés
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Voie orale <input type="checkbox"/> Voie injectable <input type="checkbox"/> Voie cutanée <input type="checkbox"/> Aérosol OPH ORL <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Issue du SIH <input type="checkbox"/> Non issue du SIH <input type="checkbox"/> Manuscrite <input type="checkbox"/>	NN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PP : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> DN : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sexe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> PP : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> DN : QO <input type="checkbox"/> QF <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> Photo/bracelet/autre <input type="checkbox"/>	Photo : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Bracelet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Usager + Prescription + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Préparation <input type="checkbox"/> Usager + Prescription <input type="checkbox"/> Non vérifiée <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

