|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo établissement | Agissons sur les interruptions de tâches lors de l’administration des médicaments**De l’action à la mise en œuvre !** |  |

|  |
| --- |
| **Suivi du plan d’actions** |
| **Libellé de l’action** | **Etat d’avancement** | **Commentaire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Pour assurer la sécurité des patients !** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre interlocuteur** | *Nom, prénom, fonction et téléphone du coordinateur du projet* |

|  |
| --- |
| **Avec l’appui de** |
|  |