

## CONSULTATION AROMATHÉRAPIE

<b>EMS de La Sionge</b>	Site Sâles:	Site Vuadens:
<b>Résident : NOM, Prénom</b>		
<b>Demande faite par :</b>		
<b>Résident accepte l'aromathérapie</b>	Oui Non Ne peut pas se prononcer	
<b>Représentant thérapeutique accepte l'aromathérapie</b>	Oui Non	
<b>Médecin traitant informé</b>		
<b>Huile essentielle rassurant</b>		

**Comorbidités du Résidant :**

**Motif de la demande pour l'aromathérapie :**

**Quels sont les autres mesures non pharmacologiques en cours ou essayés :**

**Décision :**

<b>Date</b>	<b>Synthèse du suivi mensuelle</b>

**Remarques :** Ce document est actuellement en phase d'évaluation et ne constitue pas une référence officielle. Il a pour objectif d'améliorer le suivi des consultations par résident. Il ne remplace pas les informations qui doivent être consignées dans Carefolio. Une évaluation sera réalisée ultérieurement.