

CONSULTATION AROMATHÉRAPIE

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

Comorbidités du Résident :

Motif de la demande pour l'aromathérapie :

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

Décision :

Date	Synthèse du suivi mensuelle

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.