



000

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20____/____

Date de naissance : ____/____/____ ☐ M ☐ F
Année Mois Jour

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

CH Pierre-Boucher ☐	CH Honoré-Mercier ☐	CH Hôtel-Dieu de Sorel ☐						
Autre : _____								
Nom de l'école / camp de jour : <u>École Assomption</u>								
IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE								
Nom et prénom de l'enfant : _____		Groupe repère : _____						
Nom du parent #1 : _____	☎ rés. : _____	☎ tr. : _____						
Nom du parent #2 : _____	☎ rés. : _____	☎ tr. : _____						
Cocher la situation qui concerne votre enfant :								
☐ Mon enfant est capable de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis.								
☐ Mon enfant est incapable de prendre lui-même son médicament.								
MÉDICATION								
Nom du (des) médicament(s) prescrit(s) par un professionnel de la santé : _____								
Médicament(s) prescrit(s) pour le(s) problème(s) de santé suivant(s) : _____								
Durée prévue du traitement : _____								
Quantité/dose : Selon les directives inscrites sur l'étiquette de la pharmacie								
Moment prévu de l'administration :								
☐ Heure fixe : ____ : ____								
☐ Au besoin (préciser le(s) symptôme(s) que doit avoir l'enfant pour permettre l'administration du médicament) : _____								
AUTORISATION								
- J'autorise l'infirmière à communiquer avec le pharmacien de mon enfant relativement à l'administration d'un médicament susmentionné, si nécessaire. - J'ai pris connaissance des instructions d'administration des médicaments inscrites au verso de ce formulaire et je m'engage à les respecter. - J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou les responsables du camp de jour à administrer le (les) médicament(s) susmentionné(s) à mon enfant et à utiliser ce(ces) médicament(s) conformément aux directives inscrites sur l'étiquette de la pharmacie. - Je reconnais que le personnel accepte d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas de formation médicale. - Je m'engage à communiquer tout changement par écrit. Cette autorisation sera valide jusqu'à la fin du traitement ou pour la durée de la fréquentation scolaire ou du camp de jour, ou jusqu'à l'expression de notre volonté de la retirer. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"><tr><td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 1</td><td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; text-align: center;">Signature</td><td style="width: 30%; text-align: right;">Date : 20____ / ____ / ____ Année Mois Jour</td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 2 (si requis)</td><td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; text-align: center;">Signature</td><td style="text-align: right;">Date : 20____ / ____ / ____ Année Mois Jour</td></tr></table>			Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 1	Signature	Date : 20____ / ____ / ____ Année Mois Jour	Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 2 (si requis)	Signature	Date : 20____ / ____ / ____ Année Mois Jour
Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 1	Signature	Date : 20____ / ____ / ____ Année Mois Jour						
Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 2 (si requis)	Signature	Date : 20____ / ____ / ____ Année Mois Jour						

**INSTRUCTIONS CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
EN MILIEU SCOLAIRE, INCLUANT LE SERVICE DE GARDE, ET EN CAMP DE JOUR**

Le médicament doit être :

- **Prescrit** au nom de l'enfant (aucun médicament en vente libre n'est autorisé).
- **Préparé** par un professionnel de la santé.
- **Prêt à être administré** sous forme d'unidose (dosette).
- **Identifié** selon les normes reconnues (l'étiquette doit clairement indiquer le nom de l'enfant, le nom du médicament, sa date d'expiration, sa posologie et la durée du traitement).

Il est demandé aux parents de :

- S'assurer que le médicament (quel que soit le type ou la forme (ex : sirop, crème, onguent, antibiotiques, etc.) a été prescrit par un professionnel de la santé.
- Remplir et signer le formulaire d'autorisation d'administration de médicaments. L'autorisation signée sera valide jusqu'à la fin du traitement ou pour la durée de la fréquentation scolaire ou du camp de jour ou jusqu'à l'expression de la volonté des parents de la retirer.
- Demander à leur pharmacien la possibilité d'établir un horaire qui fait en sorte que le médicament soit pris aux heures de repas.
- Remettre la médication à l'école dans un contenant unidose (dosette) qui répond aux normes de sécurité, portant l'étiquette de la pharmacie et contenant seulement la dose pour la journée. Les parents doivent en faire la demande directement à leur pharmacien.
- Vérifier la date d'expiration du médicament et le remplacer au besoin.
- Aviser l'école, par écrit, en cas de modification de la prescription. Le médicament doit être dûment identifié avec l'étiquette de la pharmacie selon la nouvelle prescription.
- Aviser l'école, par écrit, advenant le cas où leur enfant ne prendrait plus le médicament en question.
- Responsabiliser leur enfant face à sa médication et l'aviser qu'il ne doit en aucun cas échanger ou donner sa médication à d'autres jeunes et lui faire prendre conscience des conséquences que cela peut engendrer.