



RE1613

N° dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20 ____/____

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

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Soins dispensés au: ☐ RLS Pierre-Boucher ☐ RLS Richelieu-Yamaska ☐ RLS Pierre-de Saurel

Autre : _____

Nom de l'école / camp de jour : _____

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(s) 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.

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

Signature

Date : 20 ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Nom : _____ Prénom : _____ N° dossier : _____

**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** (ex. : pilulier hebdomadaire);
- **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, peu importe son type ou sa forme (ex. : sirop, crème, onguent, etc.), a été prescrit par un professionnel de la santé.
- Remplir et signer le formulaire d'autorisation parentale pour l'administration de médicaments. Cette autorisation sera valide jusqu'à la fin du traitement ou pour la durée de la fréquentation du milieu, ou jusqu'à l'expression de votre volonté de la retirer.
- Mettre à jour le formulaire d'autorisation parentale pour toute modification de la prescription.
- Demander à votre pharmacien la possibilité d'établir un horaire pour que le médicament soit pris aux heures de repas.
- Remettre une quantité suffisante du médicament et tout le matériel requis pour son administration (ex. : seringue, écrase-pilule, chambre d'inhalation).
- Vérifier la date d'expiration du médicament et le remplacer au besoin.
- Aviser l'école, par écrit, si votre enfant ne prend plus la médication.
- Sensibiliser votre enfant à l'importance de ne jamais échanger ni donner sa médication à d'autres jeunes, ainsi qu'aux conséquences possibles d'un tel geste.
- Remettre le médicament à une personne responsable de l'école, du service de garde ou du camp de jour, pour des raisons de sécurité.
- Sauf situation exceptionnelle et avec l'accord du milieu, éviter de placer le médicament dans la boîte à lunch ou le sac à dos de l'enfant

Nom et signature du professionnel

Titre

No permis

Date : 20____/____/____
Année Mois Jour