Centre de services scolaire des Grandes-Seigneuries
Québec

CECI EST UNE MESURE EXCEPTIONNELLE. La médication en unidose prise à la maison est préférable à la multidose lorsque possible. Nous vous recommandons d'en discuter avec le médecin traitant.

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué ou administré à votre enfant sans cette autorisation écrite et signée. Le médicament doit être présenté dans son contenant original de la pharmacie avec l'étiquette originale indiquant le nom de l'enfant, le nom du médicament, le dosage et le mode d'administration.

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE:

Nom et prénom de l'enfant : _____ *Groupe-repère :* _____

Parent 1 : _____ ☎ *rés./cell.:* _____ ☎ *tr.:* _____

Parent 2 : _____ ☎ *rés./cell.:* _____ ☎ *tr.:* _____

COCHEZ LA SITUATION QUI CONCERNE VOTRE ENFANT :

☐ *Mon enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis (**Distribution** du médicament).*

☐ *Mon enfant requiert la nécessité d'un encadrement et suivi pour la prise de cette médication par un professionnel de la santé (INFIRMIÈRE) qui délègue à un non professionnel (**Administration** du médicament). Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation.*

MÉDICATION :

Nom du médicament : _____ *Dosage:* _____

Heure de la distribution ou administration: _____ *Durée prévue du traitement:* _____

Effets secondaires prévisibles, si connus : _____

Prescrit pour le problème de santé suivant : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien ou autres indications (à titre d'exemple : prendre avec du lait, écraser avec compote de pommes…): _____

_____

Prescrit par Dr: _____ *Date d'expiration du médicament :* _____

*** Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament :* _____

AUTORISATION :

1. *J'autorise ☐ **la distribution OU** ☐ **l'administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).*
2. *Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments à l'école.*
3. *J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou l'infirmière, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.*
4. *Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde accepte de distribuer ou d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas de formation médicale.*

_____ _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale *Date*

NOTES :

1. *Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser l'école par écrit.*
2. *Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.*
3. *L'école consigne la date et la quantité de médications reçue sur le formulaire registre.*

École : _____

Année scolaire : _____

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Un registre pour plus qu'un médicament sur un mois (30 jours) est disponible sur S_INTER_ETABLISSEMENTS_SE_SANTE SCOLAIRE (si un enfant doit prendre une médication pendant une courte période suite à une chirurgie par exemple).

Nom de l'enfant: **Groupe:**

Nom du médicament **Dosage:** **Heure:**

Quantité reçue / Date	*Quantité reçue / Date*	*Quantité reçue / Date*	*Quantité reçue / Date*

Date	**Heure de distribution**	*Signature*	**Notes**