ANNEXE I : DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Insérer le logo de votre école

DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

AUTORISATION PARENTALE

Les parents ont la responsabilité de fournir des consignes d'administration des médicaments claires et complètes au personnel désigné de l'école.

Si un formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) est disponible pour votre enfant, bien vouloir vous assurer que les informations concordent avec cette dernière.

Les médicaments (y compris les médicaments en vente libre) doivent être identifiés par une **étiquette de pharmacie**.

- Nom et prénom de l'enfant;
- Nom du médicament, posologie et moment de l'administration;
- Nom du prescripteur (à l'exception des médicaments en vente libre) ;
- Durée de traitement (si applicable) et date de péremption.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Nom :_____	Prénom : _____
Date de naissance :_____	Code permanent : _____
Enseignant/titulaire/groupe tuteur : _____	
Nom du parent/tuteur légal :_____	Lien avec l'enfant : _____

Médicaments remis en sachet ou regroupés (dosette ou pilulier) :

☐ **OUI** Préciser les heures d'administration : _____

☐ **NON** Fournir les informations demandées ci-dessous **pour chaque médicament non regroupé**

MÉDICAMENT N^{O} 1

Nom du médicament :_____ Date de péremption : _____

☐ Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : ☐ Comprimé ☐ Liquide/sirop ☐ Crème/onguent ☐ Gouttes ☐ Suppositoire

☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine

☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : _____

Posologie (dose) :_____Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter :

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du :_____au : _____

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____

☐ **Médicament cessé** **Date :** _____

MÉDICAMENT N^{O} 2

Nom du médicament :_____ Date de péremption : _____

☐ Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : ☐ Comprimé ☐ Liquide/sirop ☐ Crème/onguent ☐ Gouttes ☐ Suppositoire

☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine

☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : _____

Posologie (dose) :_____Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter :

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du :_____au : _____

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____

☐ **Médicament cessé** **Date :** _____

Je reconnais que des risques sont associés à la prise de médicaments de mon enfant et que le personnel désigné ainsi que la direction d'école ne peuvent être tenus responsables des conséquences qui pourraient survenir à la suite de la prise de médicaments.

Je m'engage à assurer l'approvisionnement en médicament en apportant celui-ci directement à l'école et ce, sans avoir recours à mon enfant comme intermédiaire, à moins d'utiliser le coffret de transport cadenassé offert par l'école et d'ainsi en assumer les coûts d'utilisation.

J'informerai par écrit l'école de toutes modifications à la prescription des médicaments de mon enfant en mettant à jour ce formulaire le cas échéant.

J'autorise, la ou les personnes désignées par la direction d'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Signature du parent/tuteur légal :_____Date : _____

Mises à jour du formulaire

Signature du parent/tuteur légal :_____Date : _____

Signature du parent/tuteur légal :_____Date : _____

Signature du parent/tuteur légal :_____Date : _____