



À l'usage du CLSC

DOSSIER _____

POLITIQUE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

Chers parents,

Il est plutôt exceptionnel que la direction d'établissement ou le personnel accepte d'administrer des médicaments et / ou des soins de santé. Cependant, suite à l'échange que nous avons eu et concernant votre enfant et en fonction de ses besoins, je vous demande de compléter et de signer le formulaire d'autorisation ci-joint et de le retourner au secrétariat de l'école. Aucun soin de santé et / ou médicaments ne sera administré sans cette autorisation signée.

Veillez, s'il-vous-plait, faire parvenir le médicament à l'école et vous assurer qu'il est dans son contenant original. Sinon, demandez au pharmacien de vous fournir une étiquette supplémentaire de la prescription que vous pourrez placer sur le contenant de médicaments que vous nous apportez.

Attention, vous devez aviser, par écrit, l'infirmière de l'école pour tout changement de la prescription dans l'année à venir.

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre collaboration.

DEMANDE D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

ÉCOLE : _____ CLASSE : _____

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

NOM DU TITULAIRE OU DE L'AUTORITÉ PARENTALE : _____

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE : _____ TÉLÉPHONE TRAVAIL : _____

La présente autorise les personnes désignées (professeurs, secrétaires ou autres) par la direction de l'établissement à administrer le médicament suivant :

NOM DU MÉDICAMENT : _____

TEL QUE PRESCRIT PAR LE MÉDECIN (NOM DU MÉDECIN) : _____

POUR LE PROBLÈME DE SANTÉ SUIVANT : _____

LE PROTOCOLE D'ADMINISTRATION EST LE SUIVANT : _____

POSOLOGIE (QUANTITÉ) : _____

HEURE D'ADMINISTRATION : _____

EFFETS SECONDAIRE PRÉVISIBLES : _____

MODE DE CONSERVATION DU MÉDICAMENT SELON LES INDICATIONS DU PHARMACIEN : _____

Ce consentement est valide pour la période suivante : du _____ au _____

Direction de l'établissement

Date

Signature de l'infirmière programme Enfance-Famille-Adulte

Date

Signature de l'autorité parentale

Date

S.V.P. Retourner à la direction de l'école ou du centre