

AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS en milieu scolaire et/ou service de garde

Nom _____ Prénom: _____
 Parent #1 : _____ Parent #2 : _____
 Téléphone #1 : _____ Téléphone #2 : _____
 Date de naissance : _____ École : _____
 (aaaa/mm/jj)

Distribuer ou administrer des médicaments en milieu scolaire ou service de garde demeure une mesure exceptionnelle.

- Je reconnais avoir pris connaissance des *Recommandations concernant la distribution/administration de médicaments prescrits en milieu scolaire et/ou service de garde.*
- Je m'engage à remettre le médicament dans le contenu original avec l'étiquette de la pharmacie.
- Je m'engage à informer le personnel de l'école ou du service de garde par écrit de tout changement ou modification de la prescription ou d'un changement dans l'état de santé de mon enfant.

_____, responsable de _____
 (titulaire de l'autorité parentale) (nom de l'élève)

autorise la ou les personnes désignées, par la direction d'école ou du service de garde, à distribuer ou administrer le médicament suivant

Nom du médicament :	
Dose :	
Raison de distribution ou d'administration :	
Période de distribution au d'administration : Du _____ au _____	<input type="checkbox"/> SDG <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> En urgence
Voie d'administration <i>Référer à l'infirmière lors d'injection à l'exception d'une médication d'urgence (glucagon, baqsimi, épinéphrine)</i> *Pour tous les élèves allergiques, un bracelet identifiant l'allergène est fortement recommandé (MédicAlert)	<input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Sur la peau (ex.creme) <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Inhalation (voie respiratoire) <input type="checkbox"/> Injection
Heure :	
Réfrigération :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise lors de journée pédagogique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Effets secondaires prévisibles (si connus) :	
Note :	